110,817

XXII[e] CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

COMPTES RENDUS

XXIIe CONGRÈS
DES
Médecins Aliénistes et Neurologistes
DE FRANCE
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Tunis 1er-7 Avril 1912

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR LE

Dr ANTONIN POROT
(Médecin de l'Hôpital français de Tunis)
Secrétaire général




110,817

MASSON et Cie, Éditeurs
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, boulevard Saint-Germain (6e)
PARIS
—
1913

PRÉLIMINAIRES

BUREAU DU CONGRÈS

Président d'honneur :

M. G. Alapetite, ministre plénipotentiaire, Résident général de France en Tunisie.

Président :

Le docteur Mabille, médecin chef de l'Asile de La Rochelle.

Vice-président :

Le docteur Arnaud, de Vanves (Seine).

Secrétaire général :

Le docteur Porot, médecin de l'Hôpital civil français de Tunis.

DÉLÉGUÉS AU CONGRÈS

Ministère de l'Intérieur : M. GRANIER, Président du Comité des Inspecteurs généraux.

Ministère des Colonies : le médecin-inspecteur GRALL.

Ministère de la Guerre : Docteur SIMONIN, médecin principal.
Docteur CHAVIGNY, médecin-major de 1re classe.
Docteur CAZANOVE, médecin-major des troupes coloniales.

Ministère de la Marine : le médecin principal GEAY DE COUVALETTE.

Gouvernement tunisien : M. U. BLANC, Secrétaire Général du Gouvernement tunisien.

Société médico-psychologique de Paris : Docteurs ARNAUD, SEMELAIGNE et VALLON.

Société de Psychiatrie : Docteurs ARNAUD, DUPRÉ, VALLON, VOISIN.

Société de Psychothérapie : Docteurs J. VOISIN, BÉRILLON, P. FAREZ.

Préfecture de la Seine : Docteurs PACTET et VIGOUROUX.

Commission des Aliénés : Docteur J. VOISIN.

Société de médecine mentale de Belgique : Docteurs FAMENNE, CLERFAYT, FRANCOTTE, MAERE et LEY.

Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande : Docteur ROBERT JONES.

Société de médecine et de chirurgie de la Rochelle : Docteur A. DROUINEAU, médecin-major.

Département de la Justice de Belgique : Docteur MAERE (de Gand).

LISTE DES MEMBRES DU CONGRÈS

I. — MEMBRES ADHÉRENTS

Docteur ABADIE (Jean), professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, rue des Trois-Conils, 3.
— ADAM (Aloyse), médecin chef à l'Asile de Bourg-en-Bresse.
— AILLAUD, Redeyeff (Tunisie).
— AKJEOGLOU (Eulampios), à Constantinople.
— ALLARD (Félix), Paris, rue Blanche, 23.
— AMELINE (Marius), Chazal-Benoît (Cher).
— ANAGNOSTAKI, Tunis, 5, rue de Constantine.
— ANDRIEU père, Agen (Lot-et-Garonne), rue de la Grande-Horloge, 45.
— ANGLADE, médecin chef de l'asile de Château-Picon, à Bordeaux.
— ANTHEAUME, Paris, 6, rue Scheffer.
— ARMAND (Sixto Alvarez), Manicomio de Oviedo (Asturias), Espagne.
— ARNAUD, Vanves (Seine).
— ARSIMOLES, Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
— AUBRY (Edmond), Asile de Saint-Lô (Manche).
— AUTHIER (Roger), Le Bouscat (Gironde).
Professeur BAGENOFF (N.), Moscou.
— BALLET (Gilbert), Paris, rue du Général-Foy, 39.
Docteur BECUE, Asile de Montpellier.
— BELLAT (A), Asile de Brenty-la-Couronne (Charente).
— BENON, Nantes, 16, rue Bonne-Garde.
Professeur BERDEZ, Lausanne, 3, avenue du Théâtre.
Docteur BERIEL (Louis), médecin des hôpitaux, Lyon, rue du Bât-d'Argent, 18.
— BLUM, Strasbourg, 1, place de l'Hôpital.
— DE BŒCK, professeur à l'Université, Bruxelles, rue de la Loi, 79.
— BONCOUR (Paul-G.), Vitry (Seine), rue Saint-Aubin, 22.
— BONHOMME, Asile de Montrevon-le-Puy (Haute-Loire).
— BONHOMME (J.), Asile de Villejuif (Seine).
Monsieur BONNEFOUS (J.), Mende (Lozère), rue Saint-Dominique.
Professeur BOUCHARD, Paris, rue de Rivoli, 174.
Docteur BOULAKIA, Tunis, place Garibaldi, 6.
— BOUQUET, Beja (Tunisie).
— BOUYER (André), à Cauterets (Hautes-Pyrénées).
— BRETON, Dijon, place Darcy, 15.
— BRAQUEHAYE, Tunis, 13, rue de Hollande.
— BRUCH (A.), Tunis, rue d'Angleterre, 19.
— BUVAT, Paris, 131, rue de la Glacière.
— BROC, Tunis, rue d'Angleterre, 6.
— CACAUD, Asile de Clermont (Oise).
— CALAMIDA (F.), Tunis, avenue Jules-Ferry, 61.

Docteur CAMUS (Paul), médecin de l'hôpital de Bicêtre, à Paris, quai de Bourbon, 55.
— CARDOSO, Tunis, rue des Maltais, 8.
— CARRIER (Georges), Lyon, 192 *bis*, route de Vienne.
— CASSUTO, Tunis, rue de Naples, 68.
— CATTAN, Tunis, rue d'Angleterre, 1.
— CAZANOVE, médecin-major des troupes coloniales.
— CHARDON, Asile d'Armentières (Nord).
— CHARON (René), Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
— CHARPENTIER (René), Neuilly-sur-Seine,
Monsieur CHARPENTIER (Cl.-Félix), Paris, rue Ernest-Cresson.
Docteur CHARPENTIER (L.), Toulon-sur-Mer, Hôpital maritime.
— CHARUEL (L.), Asile de Châlons-sur-Marne.
— CHAVIGNY (Paul), médecin-major, 7e Direction, Ministère de la Guerre.
— CHAUMIER, Lyon, 91, Chemin des Grandes-Terres.
— CHEVALIER-LAVAURE, à Auch (Gers).
Professeur CLAPARÈDE (Ed.), Genève, 11, rue Champel.
Docteur CLAUDE, professeur agrégé, à Paris, rue Monceau, 62.
— CLÉMENT (P.), médecin adjoint à l'Asile de Montdevergues-les-Roses (Vaucluse).
— CLERFAYT, Asile d'aliénés de l'État, à Mons (Belgique).
— COLOMBIER (Georges), Bordeaux, rue de Lerme, 16.
— CONDOMINE, Asile de Bassens (Savoie).
— COLLIN (André), Paris, 4, rue Chauveau-Lagarde.
— CONOR, Tunis, Institut Pasteur.
— CONSEIL, Tunis, 60, rue des Selliers,
— CONSO, Paris, 130, rue de la Glacière.
— CORTESI (Angelo), Tunis, avenue Bab-Djedid, 26.
— CONVERS, Vaugneray (Rhône).
— COURJON (Jean), Meyzieux (Isère).
— COURBON (Paul), Asile de Dury-lès-Amiens (Somme).
— COURTELLEMONT, à Amiens, rue Porte-Paris, 14.
— CROCQ, Bruxelles, 62, rue Joseph-II.
— CROUZON, Paris, 70 *bis*, avenue d'Iéna.
— CROUSTEL (Louis), Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
— CUENOD, Tunis, rue Zarkoun, 1.
— CULLERRE (A.), Nantes, rue de Strasbourg, 27.
— CREIGNON, Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure).
— DADAY, Asile de Privas (Ardèche).
— DAGONET (J.), Paris, rue Cabanis, 1.
— DAMAYE, Asile de Bailleul (Nord).
— DANTZ (Édouard), Bruxelles, rue Marcelis, 11.
Monsieur DARMON (Raoul), avocat, à Tunis, rue Saint-Charles, 5.
Docteur DELMAS (Achille), Ivry-sur-Seine, 23, rue de la Mairie.
— DEMOUCHY, Paris, boulevard Beaumarchais, 113.
— DENY, médecin de la Salpêtrière, Paris, 18, rue de la Pépinière.
— DEVAUX, Paris, boulevard du Château, 6.
— DEVAY (F.), Lyon, rue de la République, 30.
— DROUINEAU, médecin-major, Constantine, 20 *bis*, rue Leguy-Villevaleix.
— DUCLAUX, Souk-el-Arba (Tunisie).
— DUMAS (A.), à Castelsarrazin (Lot-et-Garonne).
— DUMOLARD (L.), Alger, rue d'Isly, 64.
— DUPIN (Pierre), Privas (Ardèche).
— DUPOUY (Roger), Saint-Maurice (Seine), Grande-Rue, 57.

Docteur Dupré, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, rue Ballu, 17.
— Eichmuller (Georges), Tunis, rue d'Italie, 19.
— Engelen (Van), Bruxelles, 11, rue du Bailli.
— Etterlen, Lyon, rue Sala, 6.
— Euzière, Montpellier, rue de l'Observatoire, 15.
Monsieur Fabvre (Édouard), avocat, à Blaye (Gironde).
Docteur Famenne (Paul), Florenville (Belgique).
— Farez (Paul), 154, boulevard Haussmann.
— Faure (L.), Ax-les-Thermes (Ariège).
— Fillassier, Paris, rue Édouard-Detaille, 3.
— Flournoy (Henri), Genève, Florissant, 24.
— Fournier (Maurice), Angoulême (Charente), 19, rue de Bélat.
— Francotte, professeur à l'Université de Liège, 15, quai de l'Industrie.
— Fraudet, Tunis.
— Galtier (J.), Bordeaux, rue Mouneyra, 185.
— Gandon (Zéphirin), directeur de l'Asile d'aliénés de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
— Garnier (Samuel), médecin chef de l'Asile de Dijon.
— Geerts (J.), Bruxelles, 206, chaussée de Gand.
— Gelma (E.), médecin adjoint, Asile de Maréville, Nancy.
— Gimbal (Pierre), Leyme (Lot).
— Girma (Joseph), Pau, rue Taylor, 8.
— Godineau (G.), Angoulême (Charente), rue d'Arcole, 16.
— Grall, médecin inspecteur des troupes coloniales, Paris, Ministère des Colonies, rue Oudinot.
Monsieur Granier, inspecteur général du Ministère de l'Intérieur, Paris, rue Boileau, 47.
Professeur Grasset, Montpellier, rue Jean-Jacques-Rousseau, 6.
Docteur Grenier de Cardenal, d'Argelès (Hautes-Pyrénées), 65, cours Pasteur, Bordeaux.
— Guégan, Tunis, impasse Flis, 8.
— Halberstadt, Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).
— Haury, médecin-major, Clermont-Ferrand.
— Hayat, Tunis, rue de Naples, 50.
— Hercouet (Jean), Saint-Mandé (Seine), 15, rue Jeanne-d'Arc.
— Hesnard, médecin de la marine.
— Imbert (A.), Bordeaux, 40, rue du Palais-de-Justice.
— Isebaert (H.), Deerlijk-Courtrai (Belgique).
— Jacquin, Bourg-en-Bresse (Ain), Asile de Sainte-Madeleine.
Monsieur Jacquin (Charles), Paris, 5, rue des Moulins.
Docteur Jaulin, Orléans, 11, rue d'Alsace-Lorraine.
— Jones (Robert). Asile de Claybury, Woodford Essex (Angleterre).
— Jude, Lyon, répétiteur à l'Ecole du Service de santé militaire.
— Kahn, Paris, 11, rue Boissière.
— Klippel (Maurice), médecin des hôpitaux, 63, boulevard des Invalides, Paris.
— Lachaux (Georges), Marseille, 8, boulevard Louis-Salvator.
— Lacronique, directeur du Service de santé militaire à Tunis.
— Lalanne (Gaston), Le Bouscat (Gironde).
— Lalanne, Asile de Mareville, près Nancy.
— Lagrange (Eugène), Poitiers, 6, rue Aliénor-d'Aquitaine.
Professeur Lannois, Lyon, 14, rue Émile-Zola.
Docteur Lallemant (Ernest), Saint-Étienne-de-Rouvray (Seine-Inférieure).
— Larrivé, Meyzieux (Isère).
— Laurence, Marseille, 72, rue Saint-Jacques.
— Laignel-Lavastine, professeur agrégé, Paris, 45, rue de Rome.

Docteur Legendre, Rouen, 31, rue Jeanne-d'Arc.
Professeur Lépine (Jean), Lyon, 1, place Gailleton.
Docteur Leprince, Bourges, 21, boulevard Gambetta.
— Léri, prof. agrégé, Paris, 38, avenue Hoche.
— Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, 12, quai Claude-Bernard.
— Leroy, médecin chef de l'Asile de Ville-Évrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
— Lefèvre, médecin-major, Ben-Gardane (Tunisie).
— Legras, Paris, 34, rue des Petits-Hôtels.
— Levassort (Joseph), Caen, 27, rue Marthe.
— Levi (Jules), Salsala (Tunisie).
— Levi (Guglielmo), Tunis, 43, rue des Glacières.
— Levet (Jean), La Charité-sur-Loire (Nièvre).
— Ley (Auguste), Uccle (Bruxelles), Sanatorium de Fort-Jaco.
— Ley (Rodolphe), Anvers, 267, rue de la Province.
— Long, de Genève, Paris, 9, rue Bara.
— Lousteau (G.), Bordeaux, interne à l'hôpital Saint-André.
— Mabille (Asile de Lafond), La Rochelle (Charente).
— Mabit (S.), Pau, médecin directeur du Hameau.
— Maere, Gand (Belgique), 18, place du Marais.
— Magnan, Paris, Asile Sainte-Anne.
— Maloens (Georges), Bruxelles, 25, rue de la Sablonnière.
— Mannheimer-Gommès, Paris, 5, rue Parrot.
— Margain, Paris, 6, rue Clauzel.
— Marie (Auguste), Asile de Villejuif (Seine).
— Martin-Sisteron, Grenoble, 24, avenue de la Gare.
— Martin (Gustave), médecin des troupes coloniales, Marseille, professeur à l'École d'application du Service de santé des troupes coloniales.
— Meige (Henry), Paris, 10, rue de Seine.
— Meilhan, Asile d'aliénés de Quimper (Finistère).
— Mendelssohn (M.), Paris, 49, rue de Courcelles.
— Mercier, Saint-Alban (Lozère).
— Mills (Albert), Bruxelles, 94, rue Livournes.
— Miralllié, Nantes, 11, rue Copernic.
— Molco, Tunis, rue de l'Église.
— Montefiore (Lucien), Tunis, 5, rue Amilcar.
— Morin, médecin des troupes coloniales, à Morlaix (Finistère).
— Naville, Genève, 11, rue Corraterie.
— Nicolle, Tunis (Institut Pasteur).
— Noguès (Émile), Toulouse, 34, quai de Tounis.
— Ortona (Cesare), Tunis, 15, rue Es-Sadikia.
— Pactet, Asile de Villejuif (Seine).
— Page (Maurice), Bellevue (Seine-et-Oise), 19, rue des Potagers.
— Pages (L.), Boulogne-sur-Seine (Seine), 145, route de Versailles.
— Pailhas, Asile d'Albi (Tarn).
— Parant (Victor), Toulouse, 17, allées de Garonne.
— Parhon, Bucarest (Roumanie), 50, rue Polona.
— Paris, Nancy, 10, rue Saint-Lambert.
— Papillon, Asile de Bron (Rhône).
— Pasturel (Armand), Toulouse, médecin adjoint à l'Asile de Braqueville.
Doctoresse de Pchednievitch, Paris, 9, rue Juliette-Lamber.
Docteur Pélissier (Joseph), Marseille, 41, boulevard de Longchamp.
— Petit (Georges), Saint-Maurice (Seine).

Docteur Pic, professeur à la Faculté de Lyon, 43, rue de la République.
— Pichenot, à Buxy (Saône-et-Loire).
— Picqué (Lucien), Paris, 81, rue Saint-Lazare.
— Pierret, La Croix (Var).
— Plancke, Tunis, 11, rue de Belgique.
— Pomerais (G.), Le Havre, 70, boulevard de Strasbourg.
— Porot, Tunis.
— Provotelle, Nabeul (Tunisie).
— Ramadier, Asile de Blois (Loir-et-Cher).
— Raviart, Asile d'Armentières (Nord).
— Reboul (Henri), directeur du Service de santé en Annam, résidant à Hué.
Professeur Régis, Bordeaux, 154, rue Saint-Sernin.
— Rémond, Faculté de médecine de Toulouse.
Docteur Reyneau, Hospice d'Orléans.
— Ringenbach, médecin des troupes coloniales, Bordeaux, 10, rue du Réservoir.
— Ritti (A.), Paris, 68, boulevard Exelmans.
— Rivals, Bordeaux, 48, cours de l'Intendance.
— Rodiet (A.), Dun-sur-Auron (Cher).
— Rogalski, Tunis, 20, rue d'Angleterre.
Monsieur Rooseboom (P.), La Haye (Pays-Bas), 125, Lann Van N. O. Indie.
Docteur Rouby, Saint-Eugène (Alger), vallée des Consuls.
— Roubinovitch (Jacques), Paris, 115, rue du Faubourg-Poissonnière.
— Roussy, Paris, 31, avenue d'Antin.
— Roussy (R.), médecin des troupes coloniales, 140, rue Moudenard, à Bordeaux.
— Saada (Élie), Tunis, 18, rue de Rome.
— Salm, médecin principal de 2e classe de l'armée coloniale des Indes Néerlandaises, à Atjeh.
— Santenoise, Asile de Saint-Ylie (Jura).
— Sbrana, Tunis, 28, rue d'Italie.
— Semelaigne (René), Neuilly-sur-Seine, 16, avenue de Madrid.
— Serieux, médecin de l'Asile d'aliénés de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
— Setbon (Cl.), Sousse (Tunisie).
— Sicard (J.-A.), professeur agrégé, Paris, 295, boulevard Saint-Germain.
— Simon (Charles-J.-B.), 43, boulevard Carnot, Dijon.
— Simonin, professeur au Val-de-Grâce, à Paris.
— Soete (E.), Courtrai (Belgique), 18, rue de Groninghe.
— Sollier, Boulogne-sur-Seine, 145, route de Versailles.
— Soria, Tunis, 60, rue de Naples.
— Sotiroff, Tunis, 1, rue de Rome.
— Soum (Philippe), Bordeaux, interne à l'Asile de Château-Picon.
— Suttel, Le Puy (Haute-Loire), 8, boulevard Gambetta.
— Tarrius, Épinay (Seine), 6, avenue de la République.
— Taty (Théodore), Paris, 161, rue de Charonne.
— Terrade (L.), médecin chef de l'Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).
— Teyssieu (G. de), Bordeaux, Libourne (Gironde), 68, rue du Marché-aux farines.
— Tomasini, Souk-el-Khemis (Tunisie).
— Toy, Aix en Provence, 36, rue du Quatre-Septembre.
— Trenel, médecin de l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Docteur VALLON (Charles), Paris, 1, rue Cabanis.
— VIALARD, à Nérac (Lot-et-Garonne).
— VIEL (B.), Pont-l'Abbé, Picauville (Manche).
— VIGOUROUX (A.), Épinay-sur-Orge, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse.
— VITAL-ROBERT, Bordeaux, 161, rue Rodriguez-Pereire.
— VOISIN (J.), Paris, 23, rue Saint-Lazare.
— VULLIEN (A.), Tunis, 2, rue d'Italie.
— VURPAS, Paris, 161, rue de Charonne.
— WEILL (Georges), Strasbourg, 11, quai Koch.

ASILES ET SOCIÉTÉS

Asile de Pont-Saint-Come, Montpellier.
— d'Alençon (Orne).
— de Lafond, La Rochelle.
— de Rennes (Ille-et-Vilaine).
— de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne.
— de Châlons-sur-Marne.
— d'Évreux (Eure).
— de Dury-lès-Amiens (Somme).
— de Prémontré (Aisne).
— de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).
— de Saint-Robert, par Saint-Égrève (Isère).
— de Saint-Lizier (Ariège).
— de Mont-de-Marsan (Landes).
Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).
Hôpital des maladies mentales, à Pierrefeu (Var).
Société médicale et chirurgicale de La Rochelle.
Asile d'aliénés de l'État, à Mons (Belgique).
— de Como (Italie).
— de Bassens (Savoie).
— de Château-Picon, Bordeaux.
Service de neuro-psychiatrie de la marine, à Toulon, hôpital maritime
Asile de Sainte-Catherine, à Izenn, près Moulins (Allier).
— d'Armentières (Nord).
— de Toulouse.
— du Gers (Auch).
— de Naugeat (Haute-Vienne).
— de Quimper.

II. — MEMBRES ASSOCIÉS

Mme ABADIE, Bordeaux, 3, rue des Trois-Conils.
Docteur ADAM (Frantz), Saint-Maurice (Seine).
Mme ANTHEAUME, Paris.
M. ANTHEAUME (Raoul), Paris.
Mme G. BALLET, Paris, 39, rue du Général-Foy.
M. BALLET (Jacques), Paris, 39, rue du Général-Foy.
M. BEGEREM, Gand, 42, rue Savaen.
M. BESSIÈRE, interne à Paris.
Mme BONHOMME, Villejuif (Seine).

Mlle Bonhomme.
Mme Bonhomme, Le Puy (Haute-Loire).
Mme Breton, Dijon, 15, place Darcy.
Mlle Callewaert (Élisa), Bruxelles, 318, rue Royale.
Mme Casanove, Perpignan.
M. Charlet, étudiant, à Montpellier, 3, rue de la Canourgue.
Mme Clerfayt, Mons (Belgique).
Mme Condomine, Bassens (Savoie).
Mme Conso, Paris.
Mme Croustel, Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Mme Dantz, Bruxelles.
Mme Delmas, Ivry-sur-Seine.
Mme Drouineau, Constantine.
Mlle Drouineau (M.), Constantine.
— Drouineau (J.), Constantine.
M. Drouineau (Maurice), Constantine.
Mme Dupouy, Saint-Maurice (Seine), 57, Grande-Rue.
M. Duval, Paris, 42, avenue de Breteuil.
Mme Etterlen, Lyon, 6, rue Sala.
— Famenne, Florenville (Belgique).
Mlle Flournoy (Marguerite), Genève.
— Fossard, Saint-Étienne de Rouvray.
Mme Fournier, Angoulême (Charente).
Docteur Fouque (Victor), Paris, 3, quai de l'Horloge.
— Frossard (Henri), Paris, 41, rue du Rocher.
— Girardeau, Tebourba (Tunisie).
Mme Girma (Joseph).
— Grall, Paris.
M. Grand-Champs (René), Boistillet, par Ruffec (Charente).
— Idiers, Bruxelles, 18, rue des Étangs-Noirs.
Mme Julian, Orléans, 11, rue d'Alsace-Lorraine.
M. Joffroy, Paris, 37, avenue d'Antin.
Mme Lallemant, Saint-Étienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).
M. Lallemant (Maurice), Saint-Étienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).
Mme Larrivé, Meyzieux (Isère).
M. Leautey (René), Limoges.
— Lenoir (Jacques), Genève.
Mme Leprince, Bourges, 21, boulevard Gambetta.
— Leriche, Lyon, 12, quai Claude-Bernard.
Docteur Leroy des Barres (A.), Paris.
Mme Levassort (J.), Caen.
— Ley, Uccle, Bruxelles.
M. Logre, Paris.
Mme Maere, Gand (Belgique).
Mlle Maloens (Claire), Bruxelles.
M. Marmier, interne, Paris.
— Masselus (Georges), Deerlijk (Belgique).
Docteur Nasser (C.), Bourg-Argental (Loire).
Mme Nogues, Toulouse, 34, quai de Tounis.
— Page, Bellevue (Seine-et-Oise), 19, rue des Potagers.
— Papillon, Bron (Rhône).
M. Peeters (L.), Courtrai (Belgique), rue Beyaert.
Docteur Penel, Tunis.
M. Picot (A.), Genève.
Mme Pomerais, Le Havre, 70, boulevard de Strasbourg.
— Porot, Tunis.

Mme Régis, Bordeaux, 154, rue Saint-Sernin.
— Rivals, Bordeaux, 48, rue de l'Intendance.
M. Semelaigne (Georges), Neuilly-sur-Seine.
Mme Taty, Paris, 161, rue de Charonne.
— Vallon, Paris, 1, rue Cabanis.
M. Verhaage (Adolphe), Vichte-Courtrai.
Mme Vigouroux, Épinay-sur-Orge (Seine-et-Oise
— Weill, Strasbourg.

COMPTE-RENDU FINANCIER DE LA XXIe SESSION

TENUE A AMIENS DU 1er AU 6 AOUT 1911

RECETTES

194 membres adhérents (cotisations à 20 francs)	3 880 fr. »
32 établissements hospitaliers (cotisations à 20 francs)	640 fr. »
41 membres associés (cotisations à 10 francs)	410 fr. »
Intérêts des fonds placés en 1910 et 1911	52 fr. 40
TOTAL DES RECETTES	4 982 fr. 40

DÉPENSES

1° *Frais d'administration.*	
Imprimés, circulaires, correspondance et frais de bureaux	770 fr. 25
Timbres-poste, quittances et frais de port	305 fr. 75
Frais de voyage et gratifications	149 fr. 80
2° *Publication des rapports.*	
Impression des trois rapports (350 exemplaires)	800 fr. 75
Frais d'envoi	28 fr. 10
3° *Publication des comptes-rendus.*	
Impression du volume (300 exemplaires)	1 272 fr. »
Frais d'expédition	71 fr. 70
TOTAL DES DÉPENSES	3 734 r. 15

BALANCE

TOTAL DES RECETTES	4 982 fr. 40
TOTAL DES DÉPENSES	3 734 fr. 15
EXCÉDENT DE RECETTES	1 248 fr. 25

CAISSE DE RÉSERVE DU CONGRÈS

1° Solde créditeur au 26 juillet 1911 ;	
Espèces : 150 francs rente française 3 °/o	1 944 fr. 80
2° Reçu le 25 janvier 1912 pour solde du Congrès de Bruxelles	516 fr. »
3° Reçu le 11 mars 1912 pour solde du Congrès d'Amiens	1 248 fr. 25
SOLDE CRÉDITEUR	3 709 fr. 05

Plus 150 francs de rente française à 3 pour 100.

STATUTS DU CONGRÈS

But, Siège et Composition du Congrès.

Un Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes se réunit chaque année, dans une ville de France ou des pays de langue française.

Le but de ce Congrès est l'étude et la discussion des questions concernant la Psychiatrie, la Neurologie, la Médecine légale et l'Assistance des aliénés.

Dans les séances de ce Congrès, l'emploi de la langue française est obligatoire.

La durée des travaux est au minimum de quatre jours qui, autant que possible, seront consécutifs. Deux séances ont lieu chaque jour, une le matin, une l'après-midi.

En outre, des visites sont faites aux Asiles d'aliénés et aux établissements pouvant intéresser les Psychiatres et les Neurologistes. Des excursions peuvent être aussi organisées.

Le Congrès comporte des Membres adhérents et des Membres associés.

Les Membres adhérents doivent être médecins, français ou étrangers. Ils paient une cotisation de vingt francs pour chaque session. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les délégués des Administrations publiques françaises jouissent des avantages réservés aux Membres adhérents, mais ne paient pas de cotisations.

Les Asiles d'aliénés peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les Membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les Membres associés se composent des personnes de la famille des Membres adhérents, présentés par ces derniers. Ils paient une cotisation de dix francs pour chaque session. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais peuvent bénéficier des avantages accordés pour le voyage ou les excursions.

Chaque session comporte :

Un Président, qui était le Vice-Président de la session précédente ;
Un Vice-Président, qui deviendra de droit Président de la session suivante ;
Un Secrétaire général.

Le Président et le Secrétaire général sont chargés de l'organisation de la session. Ils peuvent s'adjoindre un Comité d'organisation local.

Les projets d'organisation d'une session doivent être soumis à l'approbation du Comité permanent du Congrès.

Comité permanent.

Le fonctionnement des sessions successives du Congrès est assuré par un Comité permanent (décision de l'Assemblée générale du XVIe Congrès des Médecins aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, Lille, 1906).

Ce Comité permanent se compose de neuf membres, savoir :

Le Président de la session :

Le Vice-Président de la session (lequel est appelé de droit à la présidence du Congrès de l'année suivante).

Six membres élus par l'Assemblée générale du Congrès, renouvelables par tiers tous les deux ans, et non immédiatement rééligibles.

Un Secrétaire-Trésorier permanent.

Le Comité permanent se réunit chaque fois qu'il est nécessaire, au moins deux fois par an.

Une réunion a lieu à Paris, au mois d'avril, dans laquelle le Secrétaire permanent soumet au Comité permanent le projet du programme de la prochaine session, projet élaboré après entente avec le Président et le Secrétaire général de la prochaine session, assistés, s'il y a lieu, d'un Comité d'organisation local.

Ce projet, une fois approuvé par le Comité permanent, le Président et le Secrétaire général de la session procèdent à son organisation.

En cas de modifications à ce projet, le Secrétaire général informe le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une réunion du Comité permanent.

Une seconde réunion du Comité permanent a lieu au début des travaux du Congrès.

Dans cette réunion, le Comité permanent, sous la présidence du Président de la session actuelle, est assisté par :

Le Vice-Président et le Secrétaire général de la session ;

Les Présidents et les Secrétaires généraux des Congrès antérieurs ;

Le Comité permanent ayant recueilli, pendant l'année, les propositions qui lui sont faites concernant les sujets des rapports, le siège des sessions ultérieures, etc..., en donne communication dans cette réunion, dont les membres choisissent, parmi les différentes propositions, celles qui seront soumises aux votes de l'Assemblée générale du Congrès.

Assemblée générale.

L'Assemblée générale du Congrès se réunit pendant les travaux de la session.

Elle se compose de tous les Membres adhérents et est présidée par le Président de la session, assisté du Secrétaire général de la session et des Membres du Comité permanent.

Le Secrétaire général de la session précédente soumet à l'approbation de l'Assemblée le compte rendu financier de sa gestion.

Le Président soumet aux votes de l'Assemblée générale les propositions concernant :

1° Le siège de la prochaine session ;

2° Le Vice-Président de la prochaine session, lequel deviendra de droit Président deux ans plus tard ;

3° Le Secrétaire général de la prochaine session ;

4° Les questions qui feront l'objet de rapports à la prochaine session et les noms des rapporteurs proposés.

Tous les deux ans (années paires), l'Assemblée générale est appelée à élire deux membres du Comité permanent, en remplacement de deux Membres sortants désignés par tirage au sort.

Il est dressé un procès-verbal signé par le Président et le Secrétaire général de la session.

Les élections du Vice-Président de la prochaine session et celles des Membres du Comité permanent se font au scrutin secret, à la majorité absolue.

Ouverture du Congrès. — Séance solennelle d'ouverture. — Constitution du Bureau.

L'ouverture du Congrès a lieu le matin du premier jour de la session, par une séance solennelle d'inauguration, sous la présidence des autorités locales, préalablement invitées par le Président de la session.

Après les allocutions des personnalités officielles, le Président du Congrès prononce un discours d'ouverture.

La première séance des travaux du Congrès se tient l'après-midi du premier jour.

La présidence et la vice-présidence des séances sont assurées par le Président et le Vice-Président de la session actuelle.

Ces derniers, assistés du Secrétaire général, constituent le Bureau du Congrès. Ils désignent des Présidents d'honneur choisis parmi les notabilités régionales, et, s'il y a lieu, des Présidents de séance choisis parmi certains membres adhérents présents au Congrès. Les uns et les autres peuvent être en nombre indéterminé.

Le Bureau, ainsi constitué, a la direction des travaux du Congrès.

Le Président ou le Vice-Président peuvent se faire remplacer pendant les séances par les différents Présidents d'honneur.

Le Bureau fixe et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances, qui peuvent être dédoublées ; il veille à l'application du règlement et prend, pendant la durée du Congrès, telles décisions nécessitées par les circonstances.

Il est procédé aussi à la désignation de Secrétaires des séances. Ceux-ci, sous la direction du Secrétaire général et du Secrétaire permanent, sont chargés de centraliser les documents nécessaires à la publication des comptes rendus des travaux de la session ; ils prennent note de la succession des orateurs, rédigent un résumé des communications ou discussions, recueillent et ordonnent les manuscrits, secondent le Secrétaire général dans ses différentes fonctions pendant la durée du Congrès.

Rapports.

Chaque année, le Congrès désigne trois questions devant faire l'objet de rapports à la session suivante :

1° Une question de Psychiatrie ;

2° Une question de Neurologie ;

3° Une question de Médecine légale ou d'Assistance des aliénés, alternativement.

Pour chaque question, le Congrès désigne un rapporteur.

Exceptionnellement, il peut être désigné deux rapporteurs pour une même question.

Les manuscrits des rapports doivent être remis au Secrétaire général deux mois et demi au moins avant l'ouverture du Congrès.

La longueur de chaque rapport ne doit pas dépasser soixante pages d'impression, condition absolue. Les figures ou planches sont à la charge des auteurs, sauf autorisation préalable du Secrétaire général, d'accord avec le Secrétaire permanent.

Chaque rapporteur fait un résumé de son rapport à la séance fixée par le programme du Congrès.

La durée de ce résumé oral ne doit pas dépasser trente minutes.

Le résumé oral de chaque rapporteur est suivi d'une discussion.

Les Membres du Congrès qui désirent prendre part à cette discussion doivent s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès.

La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions.

La durée de la discussion pour chaque auteur qui y prend part ne doit pas excéder quinze minutes.

Chaque membre du Congrès qui prend part à la discussion doit remettre au Secrétaire général, avant la fin du Congrès, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus.

Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Communications et Discussions.

Les Membres adhérents du Congrès peuvent faire une ou plusieurs communications orales sur des sujets concernant la Psychiatrie, la Neurologie, la Médecine légale ou l'Assistance des aliénés.

La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser quinze minutes.

Les titres des communications doivent être adressés au Secrétaire général quinze jours au moins avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sont faites dans l'ordre où leurs titres ont été adressés au Secrétaire général. Toutefois, dans l'intérêt de la discussion, le Secrétaire général peut grouper dans une même séance les communications relatives à des sujets similaires.

La liste des communications qui doivent être faites dans une séance peut être imprimée à l'avance et distribuée aux Congressistes au début de cette séance. C'est seulement quand cette liste est épuisée, et si le temps le permet, que la parole peut être donnée à d'autres orateurs pour des communications non inscrites au programme de la séance.

Lorsque les communications doivent être accompagnées des présentations de pièces, de coupes, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur doit en informer à l'avance le Secrétaire général, qui prend, s'il est possible, des dispositions en conséquence.

Des résumés des communications doivent être adressés au Secrétaire général au plus tard quinze jours avant l'ouverture du Congrès. S'il est possible, ces résumés sont imprimés sur feuillets détachés et distribués aux membres du Congrès dans la séance où ont lieu ces communications. Ces résumés ne doivent pas dépasser une page d'impression, titre compris (format du volume des comptes rendus du Congrès), tirage établi d'après le nombre des membres adhérents.

Les résumés des communications qui n'ont pas été adressées à l'avance (avant le 15 juillet) au Secrétaire général, doivent lui être remis avant la fin de la séance où ont lieu ces communications.

Le texte *in extenso* des communications doit être adressé par les auteurs au Secrétaire général au plus tard deux mois et demi après la session. Passé ce délai, les auteurs s'exposent à ce qu'il ne soit publié dans le volume des comptes rendus qu'un résumé de leurs communications.

Les communications *in extenso* ne doivent pas dépasser six pages d'impression.

Les figures ou planches sont aux frais des auteurs.

Les communications dont ni un résumé, ni le texte *in extenso* n'auront été remis par l'auteur au Secrétaire général, à la date prescrite, ne seront pas publiées dans le volume des comptes rendus.

Toutefois, dans ce cas, le Secrétaire général peut, s'il le juge utile, publier dans le volume des comptes rendus un résumé recueilli par lui-même ou les Secrétaires des séances.

Les dispositions précédentes sont également applicables aux discussions soulevées par les rapports ou les communications diverses.

Dans la publication des travaux du Congrès, le Secrétaire général peut être appelé à demander aux auteurs certaines modifications ou suppressions dans le texte de leurs communications ou discussions.

En cas de difficulté, le Secrétaire général avise le Secrétaire permanent qui provoque, s'il y a lieu, une décision du Comité permanent.

SÉANCE D'OUVERTURE

La session s'est ouverte le dimanche 31 mars, à dix heures du matin, à l'Hôtel des Sociétés Françaises.

La séance d'ouverture était présidée par. M. G. Alapetite, ministre plénipotentiaire, Résident général de France en Tunisie.

Sur l'estrade se trouvaient groupés, autour du Ministre de France, M. Granier, inspecteur général, délégué du ministère de l'Intérieur ; le docteur Mabille, président du Congrès ; le médecin-inspecteur Grall, délégué du ministère des Colonies ; le médecin principal Geay de Couvalette, délégué du ministère de la Marine ; le professeur Simonin, du Val-de-Grâce, délégué du ministère de la Guerre ; M. U. Blanc, secrétaire général du Gouvernement tunisien ; MM. Curtelin et Chabert, vice-présidents de la Municipalité de Tunis ; M. Reverdin, Procureur de la République ; M. Dumas, Président du tribunal de Tunis ; les membres du Bureau du Congrès et les délégués étrangers.

M. Alapetite, Résident général, souhaite la bienvenue aux congressistes au nom de Son Altesse le Bey et du Gouvernement du Protectorat. Il se félicite que la Tunisie ait paru un pays assez avancé dans les voies de la civilisation pour que sa capitale ait été désignée comme le siège d'un Congrès scientifique.

Il est heureux également que les congressistes aient ainsi l'occasion de connaître le Protectorat tunisien, les nécessités auxquelles il est soumis, et les charges qui pèsent sur les efforts de l'Administration. Ils verront que Tunis ne peut être comparée au chef-lieu d'un département français et se rendront compte de tout ce qu'il a fallu créer dans un pays qui, il y a trente ans à peine, était en retard de plusieurs siècles dans les voies de la civilisation. C'est un très petit pays, et par sa population et par sa richesse. La Tunisie paie 50 millions d'impôts, ce qui par tête d'habitant représente la moitié de ce que paie la France, alors qu'il s'en faut de beaucoup que le revenu moyen d'un Tunisien égale la moitié du revenu moyen d'un Français. La population de ce pays est dans sa grande majorité si pauvre, qu'elle serait en France de celle qui bénéficie du dégrèvement d'impôts directs, de l'assistance médicale et de pensions de retraite subventionnées par l'État.

La tâche de l'Administration, limitée dans ses ressources budgétaires, était donc, en matière d'assistance publique, des plus difficiles.

Quand fut organisé le Protectorat, l'assistance aux Européens n'existait que sous une forme très rudimentaire. Créer de toutes pièces une organisation d'assistance publique parut téméraire et l'on eut l'idée fort sage de confier cette œuvre à une association privée, largement subventionnée par l'État, mieux à même de faire preuve d'un esprit de sage économie et qui mena de front la protection de l'enfance et de la vieillesse.

Le Résident général est heureux de l'occasion qui lui est donnée de rendre hommage au zèle et à la compétence des Français qui se sont consacrés à la Société de Bienfaisance.

L'Administration s'est imposé, d'autre part, le lourd sacrifice de la construction d'un hopital civil français qui peut être comparé aux hôpitaux de la Métropole. Les congressistes y visiteront le nouveau pavillon des maladies mentales.

Le Résident général ne veut pas, à cet égard, anticiper sur le rapport du docteur Porot consacré au traitement des aliénés dans la Régence. Il fait remarquer toutefois qu'en raison du faible nombre des aliénés, il eût été excessif de construire à Tunis un Asile. La population française de la Régence ne représente guère que celle de deux ou trois cantons, et il y a en France bien des départements qui n'ont pas d'établissement spécial. Il n'était pas nécessaire que la Tunisie eût à cet égard son autonomie, alors que les aliénés peuvent être si facilement transportés et traités dans un asile français. Toutefois, jusqu'à ce jour, la période d'observation des malades se passait dans des conditions défectueuses, faute d'installation suffisante. C'est à ce besoin que répond le nouveau pavillon, auquel le Gouvernement tunisien a consacré une dépense importante, mais qui fera honneur à ses services d'assistance.

En ce qui concerne les indigènes, le problème est plus vaste, plus complexe, plus embarrassant. Déjà avant le Protectorat existaient des établissements où étaient internés les indigènes aliénés à la demande des familles ou sur l'intervention de l'État ; on n'y a pas encore porté d'amélioration suffisante et il reste à cet égard beaucoup à faire. La conquête morale de l'indigène par l'assistance médicale est une œuvre de longue haleine. Il faut préparer la clientèle, s'assurer la confiance des familles, et l'on obtient à cet égard plus de résultat par le traitement des maladies dont la cure est rapide et facilement efficace. Le médecin français, auquel il faut rendre un juste tribut d'admiration, a dès maintenant dans ce pays une autorité morale considérable, mais il faut que le nombre de ces praticiens s'accroisse, et que leur champ d'action puisse s'étendre jusqu'aux maladies mentales. C'est là l'œuvre de l'avenir.

Ces considérations montrent que s'il ne faut pas écarter la conception d'un grand établissement pour les aliénés de toutes races et de toutes nationalités, il convient néanmoins de faire des réserves sur l'opportunité de sa réalisation. Il ne faut pas oublier, en effet, que la création d'un tel asile serait une lourde charge qui incomberait directement au Gouvernement tunisien alors qu'en France les sacrifices pécuniaires sont partagés entre l'État, le département et la commune.

Le Résident général tient à féliciter le docteur Porot de son rapport, qui a toute l'autorité d'un rapport officiel par sa documentation et auquel la valeur scientifique de son auteur prête une valeur décisive.

Il remercie le Gouvernement français de s'être fait représenter par des délégués appartenant aux plus hauts degrés de la hiérarchie et parmi lesquels il est heureux de retrouver M. l'inspecteur général Granier, qui représente ici avec tant de compétence les traditions de l'Assistance publique française.

Le Résident général salue les délégués étrangers. Il souhaite à tous les congressistes un heureux séjour en Tunisie, dans ce pays où la lumière apporte un élément de joie et de force à tous ces travailleurs, et les remercie de faire bénéficier la Régence de leur science et de leurs travaux.

***

M. Granier, inspecteur général, délégué du ministre de l'Intérieur, rend hommage aux titres scientifiques et à la carrière administrative du président du Congrès, le docteur Mabille, médecin directeur de l'asile de La Rochelle.

Il salue son ancien collègue de l'Intérieur, M. le secrétaire général Blanc, dont il loue les capacités administratives.

Il fait remarquer que le choix de Tunis pour un congrès d'aliénistes était particulièrement heureux. L'histoire nous apprend que la thérapeutique en général et celle des aliénés en particulier s'était, pendant tout le moyen âge, réfugiée chez les savants arabes et fut ensuite importée par eux en Europe.

« On serait tenté de penser que les membres de cette réunion sont venus représenter les divers centres universitaires d'Europe pour acquitter cette dette, si les praticiens distingués qui se sont fixés à Tunis ne les avaient prévenus dans ce payement par les soins dévoués qu'ils prodiguent indistinctement aux indigènes comme à leurs compatriotes et surtout par leur collaboration si active, si désintéressée, à toutes ces œuvres sociales que fait éclore sous sa haute inspiration M. le Ministre de France. Lui aussi, veut bien étendre à la Régence la sollicitude pour les déshérités qu'il savait si bien traduire sur l'autre rive de la Méditerranée par de nom-

breuses et fécondes initiatives. C'est ainsi que nous trouverons ici de nouveau à apprendre dans l'organisation de l'assistance aux aliénés. Et ce ne sera sans doute pas l'un des moindres titres à la reconnaissance du Congrès qu'aura mérité son secrétaire général, M. le docteur Porot, qui ne s'est pas seulement efforcé et a certainement réussi à rendre particulièrement agréable votre passage à Tunis, mais le rend profitable pour l'instruction de tous en vous appelant les premiers à apprécier son système d'hospitalisation des Européens aliénés et à venir inaugurer l'installation du service qu'il dirige. »

***

Le médecin inspecteur Grall dit tout l'intérêt qu'a pris à cette question de l'assistance des aliénés aux colonies M. Lebrun, ministre des Colonies, qui l'a délégué à la session et affirme les intentions du ministre qu'il représente, de procéder, dans la mesure des possibilités financières, à la réalisation des vœux que pourrait exprimer cette assemblée.

***

M. le professeur Simonin, chef de la mission militaire déléguée par le Ministère de la Guerre, prononce l'allocation suivante :

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Messieurs,

C'est pour moi un très grand honneur et une bien agréable mission, que d'avoir à représenter aujourd'hui le département de la Guerre à la 22e session du Congrès des Aliénistes et des Neurologistes de France et des pays de langue française. Cet honneur que je partage avec mes excellents camarades, le médecin-major de 1re classe, professeur agrégé Chavigny et le médecin-major de 2e classe Cazenove, des troupes coloniales, nous le devons, à n'en pas douter, à l'heureux choix fait par votre bureau du Congrès de Nantes, de questions qui intéressent, au plus haut degré, la médecine d'armée.

Le paludisme évoque, dans toute âme de soldat français, un long passé de souffrance et de gloire, et vous fûtes particulièrement bien inspirés en fixant à Tunis la discussion sur un pareil sujet. C'est qu'en effet, sur cette terre d'Afrique, où l'épée de la France a jeté et jette encore de si fières lueurs, la malaria frappe, depuis un siècle bientôt, d'une façon brutale ou sournoise, tout ce que le pays envoie de pionniers hardis et vaillants au service de la civilisation. On a pu dire avec vérité que chaque sillon creusé sur le sol africain recouvrait une tombe, mais la mort est ici une semence de progrès et de vie.

Fidèles compagnons des longues et pénibles journées de la conquête, les médecins d'armée ont, hélas ! payé, à côté des combattants, un lourd tribut à l'endémie meurtrière, mais ils ne peuvent oublier qu'ils y ont fait leur moisson de gloire, et vous pardonnerez à notre légitime orgueil d'évoquer ici trois

noms qui viennent tout naturellement à notre cœur reconnaissant : Maillot, Kelsch, Laveran. Ils appartiennent désormais à l'histoire.

Vous avez encore inscrit au programme de vos travaux l'assistance des aliénés aux colonies, question d'autant plus passionnante qu'elle n'a pas encore trouvé sa formule définitive. L'indigène considère comme sacrés les malheureux dont l'intelligence s'est misérablement éteinte ; il les entoure de respect et de soins. Serions-nous moins généreux en face d'une aussi grande infortune?

Elle atteint d'autant plus durement nos soldats qu'à la maladie viennent souvent s'ajouter, comme facteurs d'aliénation, la dépression psychique causée par l'éloignement de la mère patrie, l'action agressive d'un soleil implacable, et le surmenage sous toutes ses formes.

La psychiatrie militaire, dont vous avez si cordialement encouragé et soutenu les premiers pas, et qui, malgré de multiples et réelles difficultés, commence à entrevoir la réalisation de ses espoirs, vous est particulièrement reconnaissante de lui avoir fourni cette nouvelle occasion de prendre part à vos discussions et à vos travaux.

Je veux souhaiter, en terminant, que cet effort commun ne reste pas stérile, et je viens, tout au moins, vous apporter l'assurance que la haute personnalité dont je suis ici le représentant est prête à vous seconder dans la réalisation pratique des progrès que vous auront suggérés votre science et votre dévouement, mis avec tant de cœur et de générosité au service du pays.



Enfin, le docteur Mabille, président du Congrès, prononce le discours habituel d'ouverture :

Monsieur le Ministre,

Vous avez voulu, en acceptant la présidence d'honneur du XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française et en présidant notre séance d'inauguration, nous apporter une haute marque d'estime, et vous avez tenu à manifester une fois de plus par votre présence parmi nous, que rien de ce qui touche aux progrès humanitaires et sociaux, aux questions d'assistance en particulier, ne saurait vous rester étranger.

Nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Et je tiens de suite à vous remercier au nom des membres du Congrès et en mon nom personnel des paroles si sympathiques que vous avez bien voulu nous adresser.

Elles acquièrent en la circonstance une importance d'autant plus grande que la haute personnalité qui les a prononcées est le représentant autorisé de la France dans ce beau pays de Tunisie que nous venons admirer.

Tous, nous rendons hommage, monsieur le Ministre, aux efforts sans cesse apportés par vous pour rendre plus grande et plus prospère sous la direction et le gouvernement de S. A. le Bey, que je salue respectueusement au nom des membres du Congrès, cette grande et belle contrée qui semble reprendre ses destinées interrompues par tant de heurts et de vicissitudes.

Ne mettez-vous pas, en effet, monsieur le Ministre, au service de la France — et le Parlement français a su le proclamer récemment — toutes les qualités d'une intelligence et d'une expérience hors de pair, pour rendre plus vivaces

et plus indiscutables encore les sentiments d'amitié et d'attachement que la population tunisienne n'a pas manqué et ne manquera pas d'apporter de plus en plus à notre chère France?

Je tiens à exprimer aussi à M. le Secrétaire général Blanc toute notre reconnaissance pour les services qu'il n'a cessé de rendre et qu'il continuera, j'en suis sûr, à rendre longtemps encore à notre cause. L'ancien inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, appelé à remplir des fonctions si hautes dans l'Administration tunisienne, ne pourrait et n'a pu s'abstraire de son expérience acquise dans l'exercice de ses fonctions antérieures, et nous savons tous que nous pouvons compter sur ses conseils et sur son appui si autorisé.

Nous avons trouvé, auprès de M. le Président et MM. les Vice-Présidents de la Municipalité de Tunis, auprès de M. le Président du Tribunal, de M. le Procureur de la République, auprès de M. le Directeur du Service de santé, l'accueil le plus aimable et le plus sympathique. C'est un devoir très agréable pour moi de de leur témoigner toute notre gratitude.

Comme les années précédentes, M. le Ministre de l'Intérieur a bien voulu déléguer, pour le représenter au Congrès de Tunis, M. l'Inspecteur général Granier. Sa parole autorisée, sa haute compétence administrative, sa connaissance approfondie des questions qui touchent à l'Assistance en général, et à l'assistance des aliénés en particulier, rendaient plus que jamais sa présence nécessaire au Congrès de Tunis, au moment surtout où va être soulevée la grave et importante question de l'assistance des aliénés dans nos colonies. Et je ne saurais dire combien je me sens touché des paroles beaucoup trop élogieuses pour moi que vous venez d'entendre.

Je souhaite aussi la bienvenue à M. le docteur Grall, inspecteur général, représentant M. le ministre des Colonies, qui a bien voulu s'intéresser tout spécialement à l'assistance des aliénés dans les colonies, et qui ne nous a ménagé ni son concours ni son haut appui ;

A M. le médecin en chef Geay de Couvalette, Directeur du Service de santé de la marine, à Bizerte, délégué de M. le ministre de la Marine. Nous applaudissons tous aux efforts qui ont été faits par le département de la Marine pour organiser les services psychiatriques dans notre armée de mer ;

A MM. les professeurs Simonin, Chavigny, du Val-de-Grâce, un de nos rapporteurs distingués, et M. le docteur Cazanove, délégués officiels de M. le ministre de la Guerre, et à M. Maere que le Gouvernement belge a bien voulu déléguer pour le représenter au Congrès de Tunis ;

A MM. les délégués de la Préfecture de la Seine.

Je les remercie du grand honneur qu'ils nous font en venant assister à nos travaux.

La Faculté de médecine de Bordeaux a bien voulu charger MM. les professeurs Régis et Abadie de témoigner par leur présence tout l'intérêt qu'elle prend aux discussions scientifiques du Congrès de Tunis, et je saisis l'occasion qui m'est offerte pour adresser à M. le doyen Pitres, un de nos anciens présidents, le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

Enfin, la Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle, de son côté, m'a fait le grand plaisir et le grand honneur de désigner pour la représenter au Congrès de Tunis, M. le médecin-major Drouineau, le digne fils de M. l'inspecteur général G. Drouineau, dont aucun de nous n'a perdu le souvenir.

Nous nous sentons honorés aussi d'une façon toute particulière pour l'in-

térêt et la large part que le corps médical tunisien a voulu prendre à nos travaux.

Nous remercions tout spécialement la Société des sciences médicales de Tunis qui a bien voulu accorder à notre Congrès son bienveillant patronage.

Je vous propose, messieurs, d'élire, comme présidents d'honneur, MM. Alapetite, Blanc, Granier, Grall, G. de Couvalette, Simonin, Lacronique, Jones, Lévy, Maere, Claparède.

Mesdames,
Messieurs,
Mes chers Collègues,

Lorsque l'Assemblée générale du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, réuni à Bruxelles en 1910, en me nommant vice-président du Congrès de 1911, m'a désigné pour présider en 1912 le XXIIe Congrès, dont le siège a été fixé à Tunis, je me suis senti comme envahi par des sentiments divers.

L'honneur qui venait tout d'un coup s'abattre sur ma personne me sembla en disproportion avec les services que j'avais rendus à la cause de l'aliénation mentale.

Puis j'ai pensé qu'en confiant une mission si délicate au Directeur-médecin en chef de l'asile départemental de la Charente-Inférieure, vous aviez voulu, par une sorte de témoignage posthume, reporter sur le docteur Christian, mon maître, toute la sympathie dont vous l'aviez honoré pendant sa vie et que ses travaux multiples, dont aucun de nous n'a perdu le souvenir, pussent bénéficier à un de ses élèves qu'il honora jusqu'au dernier jour de sa constante amitié.

Et c'est un motif de plus, s'il en était besoin, pour que je proclame bien haut tout ce que je ressens d'affection reconnaissante et de respect pour la mémoire de l'homme auquel je dois tant et que j'avais été heureux et fier d'assister comme Secrétaire général alors qu'il remplissait, en 1893, les fonctions de Président du Congrès de la Rochelle.

En parcourant aussi la liste des présidents des Congrès antérieurs (et tout en regrettant avec vous l'absence à notre Congrès de l'éminent président du congrès d'Amiens, le docteur Deny), je salue la présence au Congrès de Tunis de nos anciens présidents MM. Ballet, Vallon, Régis ; je n'ai pu me défendre d'être pénétré par un profond sentiment d'humilité, et soyez bien assurés, mesdames, messieurs, que la satisfaction légitime que m'a fait éprouver ma désignation comme président du Congrès de Tunis est tempérée, comme il convient, par les sentiments de profonde gratitude que je me sens impuissant à vous exprimer.

Laissez-moi vous dire, sans plus tarder, toute la satisfaction que nous avons éprouvée en apprenant l'élection, à l'unanimité des votants, à l'Académie de médecine, du professeur des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Gilbert Ballet.

Médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris, l'ancien chef de clinique de Charcot devenu titulaire de la chaire des maladies mentales, n'a cessé, depuis plus de vingt années, d'apporter à nos congrès, avec sa sagacité, son talent d'exposition bien connu, son érudition sans conteste et son esprit

d'observation hors de pair, toute une série de travaux éclairant d'un jour nouveau la pathologie si ardue des troubles nerveux et mentaux. En adressant à M. le professeur G. Ballet les félicitations des membres du Congrès pour l'honneur qui vient de lui être conféré, je tiens à lui dire que, depuis longtemps déjà, nous l'avions jugé digne de cette haute récompense, qui est comme la consécration de son labeur et le couronnement de sa vie scientifique.

Nos Congrès annuels, mesdames, messieurs, par le caractère de leurs travaux, n'ont cessé d'attirer de plus en plus l'attention non seulement des médecins, mais encore des administrations publiques.

C'est qu'en effet, à côté des questions d'ordre purement scientifique qui font l'objet des communications et des discussions de nos congrès, chaque année, des rapporteurs, que vous savez choisir parmi les plus compétents et les plus éminents de nos collègues, vous présentent des travaux d'ensemble sur des questions diverses qui revêtent non seulement un caractère scientifique, mais qui s'imposent encore à l'attention des pouvoirs publics par la portée pratique qui s'attache à leur étude.

C'est pour cela que les départements ministériels divers ont tenu cette année en particulier à déléguer, pour les représenter à nos Congrès, des hommes jouissant d'une compétence et d'une autorité qui s'imposent à tous.

Nos confrères de Belgique, de Suisse, d'Angleterre et de Russie se sont inscrits en grand nombre à notre Congrès, et nous avons la satisfaction très grande de les avoir vus, affrontant les fatigues d'un long voyage, venir assister à nos travaux. C'est là, mesdames et messieurs, un honneur que nous ressentons vivement et je ne saurais, mesdames, trouver d'expressions assez vives pour vous dire combien votre présence parmi nous nous touche et nous réjouit.

Les questions soumises à l'étude du Congrès, mesdames et messieurs, sont d'ordre différent.

C'est d'abord M. le professeur Dupré, l'éminent président de la Société de Neurologie, qui, avec sa haute compétence, nous entretiendra des « perversions instinctives ».

M. le professeur Chavigny du Val-de-Grâce abordera l'étude des « troubles nerveux et mentaux du paludisme. »

Nul plus que le savant médecin de l'armée n'était plus désigné pour présenter une étude d'ensemble sur cette importante question, qui, comme « la maladie du sommeil », discutée au Congrès de Bruxelles, est et demeure presque entièrement une étude de pathologie coloniale.

Enfin M. le professeur Régis, comme rapporteur général et son co-rapporteur, M. le docteur Reboul, médecin principal de la marine, directeur du service de la santé en Annam, nous apportent un travail fort complet sur « l'assistance des aliénés aux colonies ».

Je ne voudrais pas, par une analyse même succincte, déflorer en quelque sorte l'œuvre du professeur Régis et du docteur Reboul. Qu'il me soit toutefois permis de dire que, par l'ampleur que les rapporteurs de l'assistance des aliénés aux colonies ont su donner à leur travail, leur œuvre s'impose à toute l'attention des pouvoirs publics.

Ce n'est pas, en effet, seulement aux médecins et aux médecins neurologistes et psychiatres que l'étude de pareils problèmes s'impose.

Ce n'est pas l'observation de quelques cas particuliers qui y est traitée ma-

gistralement, c'est une question d'ordre général qui est portée devant les administrations de nos colonies et de nos pays de protectorat et devant l'opinion publique, et il appartenait certes aux médecins aliénistes et neurologistes de France d'apporter en les colligeant dans un travail d'ensemble tout un faisceau de documentations qui feront la preuve que dans les pays de protectorat ou dans les colonies proprement dites, un grand effort reste à faire pour apporter le remède rapide et indispensable et pour combler les lacunes regrettables de l'assistance des aliénés dans les colonies.

Quelle sera cette assistance? Quelle sera cette organisation nouvelle du service des aliénés dans nos colonies? Nos rapporteurs en ont tracé d'une façon magistrale les grandes lignes, les lignes principales.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'il puisse être dans les attributions du Congrès réuni actuellement à Tunis d'établir à cet égard des règles fixes et immuables pour toutes les colonies et pays de protectorat.

Il appartiendra aux administrateurs éminents qui président aux destinées de notre vaste empire colonial de fixer dans chaque région des règles de l'assistance des aliénés, qui leur paraîtront répondre au génie de chacune des contrées qu'ils administrent.

Ils sauront faire ce que fit la Rome antique qui, avec une merveilleuse souplesse, sut adapter son tempérament et sa mythologie au tempérament et à la mythologie pourtant si différents de vingt peuples divers.

C'est une croisade d'un nouveau genre que nous avons entreprise. Nous ne venons pas « chrestienner le roi de Thunes et son peuple ».

Et si nous avons choisi Tunis comme siège du XXIIe Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française, c'est que, dans cette Tunisie qui, après avoir subi le contre-coup de révolutions multiples et qui, sous l'égide de S. A. le Bey et sous le protectorat de la France, semble reprendre le cours de ses destinées tant de fois interrompues et donner la preuve d'une vitalité nouvelle que nous nous plaisons à admirer, nous venons constater l'effort fait par les pouvoirs locaux pour organiser l'assistance des aliénés en Tunisie en assistant bientôt à l'inauguration d'un pavillon consacré au traitement des maladies mentales.

Et, véritablement, en constatant l'effort qui vient d'être fait dans ce pays de protectorat où les représentants de la France ont su non seulement creuser des ports, développer les voies de communication, agrandir le champ des échanges commerciaux, mais encore créer des écoles nombreuses, des hôpitaux et des dispensaires, nous savions d'avance qu'aucune des idées émises dans le lumineux rapport du professeur Régis et du docteur Reboul ne pourrait être étrangère aux hommes éminents qui ont assumé la direction des services administratifs de ce beau pays.

Nous ne sommes donc en aucune façon surpris de l'accueil si particulièrement gracieux et bienveillant que M. le Résident général et les hauts fonctionnaires de la Régence nous ont réservé.

Dans cette contrée merveilleuse où tant d'efforts généreux et les initiatives individuelles ont fait aimer et respecter le nom de la France, nous savions déjà que la cause que nous soutenons était gagnée d'avance, puisque, depuis plusieurs années, notre distingué collègue, le docteur Porot, médecin de l'hôpital français de Tunis, avait pu, grâce au concours des pouvoirs locaux, poser les bases, les jalons de l'assistance des aliénés dans la Tunisie tout entière.

Et puisque M. le docteur Porot a bien voulu assumer la tâche délicate et

lourde de secrétaire général du Congrès, laissez-moi vous dire que nul plus que lui n'était préparé à remplir une si difficile mission.

Adonné à la pratique générale de la médecine, ancien chef de clinique du professeur Lépine à la Faculté de médecine de Lyon, le docteur Porot, médecin de l'Hôpital Français de Tunis, n'a pas tardé à s'intéresser à l'étude des affections nerveuses et mentales et, un des premiers, il a compris les lacunes profondes de l'organisation, dans nos colonies, de l'assistance des aliénés.

Il nous apporte aujourd'hui, avec son passé d'homme rompu aux difficultés de la pratique générale, tout son concours, et nous ne pouvons qu'exprimer toute notre satisfaction de l'avoir vu mettre au profit de la cause que nous soutenons toute la force dont il est détenteur, et c'est avec joie que nous saluons sa présence dans notre phalange.

Au surplus, mesdames et messieurs, n'est-il pas loin de nous le temps où le médecin neurologiste et aliéniste s'isolait en quelque sorte dans l'étude proprement dite de la pathologie nerveuse et mentale, s'attardait à la description méthodique, utile, certes, mais insuffisante à coup sûr, des phénomènes psychologiques?

Qu'il me soit seulement permis de constater que les recherches des trente dernières années ont agrandi considérablement le champ des observations et relié dans un grand nombre de cas la médecine nerveuse et mentale à la médecine ordinaire, voire même à la pathologie chirurgicale.

Toute l'histoire des intoxications, des sécrétions internes, histoire élaborée dans nos divers congrès, en tenant compte, cela va sans dire, de la prédisposition individuelle, n'éclaire-t-elle pas d'un jour nouveau la science mentale et neurologique et l'étude de la démence précoce, qui, pour beaucoup de bons esprits, en particulier pour mon éminent ami le professeur Régis, aurait presque toujours pour origine une intoxication, soit qu'elle vienne du dehors, soit qu'elle prenne sa source dans l'organisme lui-même, ne prouve-t-elle pas, une fois de plus, qu'à l'heure présente, le médecin aliéniste ou neurologiste ne saurait s'abstraire dans la contemplation des symptômes pathologiques dérivant d'un simple trouble du psychisme supérieur, et n'étions-nous pas en droit, dès 1889, Lallement et moi, d'élever la voix, d'une façon bien timide encore, en étudiant, dans notre mémoire sur les « folies diathésiques », le rôle des auto-intoxications dans certaines formes mentales?

Je disais tout à l'heure, mesdames et messieurs, que les psychiatres et neurologistes contemporains se sont adonnés dans les vingt dernières années à l'étude d'une affection décrite en France par divers auteurs, Morel en particulier, auteurs dont les travaux furent alors peu discutés, qui passèrent, on pourrait dire, presque inaperçus, jusqu'au jour où Krœppelin et son école reprenant la question, l'agrandissant, la synthétisant, imposèrent l'étude de la démence précoce à l'attention de tous.

Si bien que cette question qui a soulevé tant de controverses et qui en soulèvera, je crois, longtemps encore, nous a valu parmi les auteurs français des travaux considérables. Je citerai seulement ceux de Christian, Sérieux, Séglas, Masselon, Deny et Roy, Régis, Dromard, Dide, Pascal, etc.

Je n'ai en aucune façon l'intention de discuter la conception krœppelinienne de la démence précoce.

Je voudrais seulement, à l'occasion de quelques faits qu'il m'a été donné d'observer, en particulier, à l'occasion d'un jeune homme vivant de la vie

ordinaire et présentant des troubles remarquables de l'activité volontaire, mettre en relief dans ce cas spécial les manifestations pathologiques de l'affectivité, de la volonté (1) et de l'attention.

Je dois dire de suite que mon malade paraît atteint de démence précoce fruste et que les phénomènes qui marquent son état pathologique semblent se rattacher sinon à l'apraxie, au moins à la dyspraxie idéatoire.

Dans une étude très fouillée (août 1908, *in Encéphale*), M. Dromard a déjà montré les rapports de l'apraxie et de la démence précoce et M. le docteur Pascal dans la *Presse médicale* (17 avril 1909) estime avec M. le docteur Dromard que les phénomènes multiples décrits dans la démence précoce sous le nom de « persévération » (Pick), sous le nom « d'empêchement psychique » (Finzi et Vedrani), ou sous le nom de « barrage » de la volonté (Krœppelin), paraissent devoir figurer dans la variété idéatoire de l'apraxie.

Dans la variété décrite par Dromard sous la rubrique d' « apraxie par suspension », les actes sont suspendus en un point de leur exécution parce que l'idée directrice s'évanouit ; le malade ne conserve pas dans sa mémoire la représentation finale du but à atteindre.

« C'est que, dit Dromard, ce phénomène de conservation implique une pensée continue et par conséquent un effort d'attention introspective que le malade n'est pas capable de soutenir. »

En les rapprochant des faits du même genre signalés par Marcuse sous le nom « d'apraxie amnésique » dans certaines cérébropathies diffuses, et tout en constatant que, généralement, chez ces malades la mémoire de fixation n'est en défaut que d'une façon secondaire et parce que l'attention est insuffisante, Dromard indique que le mécanisme « de la fuite de l'idée finale par incapacité d'attention soutenue » préside à ces différentes manifestations qui se résument par l'interruption d'une activité volontaire en cours de route.

Il s'agit donc, pour Dromard, d'une apraxie par suspension.

En dehors des autres symptômes qui caractérisent la démence précoce et que je crois inutile d'énumérer, tous les auteurs accordent un rôle primordial aux troubles de l'attention, de l'émotivité et de la volonté dans cette affection.

L'aboulie est un des termes de cette triade symptomatique qui, avec l'apathie et la perte de l'activité intellectuelle, caractérise essentiellement la démence précoce.

A ne considérer que son effet immédiat, qui est l'inaction plus ou moins complète, il est souvent difficile, malgré les indications fournies par les auteurs, d'établir quels caractères appartiennent en propre, au début de l'affection, à l'aboulie du dément précoce et quels caractères appartiennent à l'aboulie du psychasténique ou du mélancolique, voire même, ainsi que l'indique Régis, de l'hystérique et du neurasthénique.

Une par son résultat, une également par son origine, qui est toujours dans un état de perturbation plus ou moins accentué de l'affectivité, l'aboulie se présente en clinique accompagnée d'un cortège de symptômes divers dont le groupement, la synthèse raisonnée permettent seuls d'arriver à un diagnostic.

C'est en dehors de l'aboulie et non en elle qu'il convient de rechercher les

---

(1) Dans un travail qui sera prochainement publié, je me propose, en collaboration avec M. le docteur Perrens, qui a rédigé l'observation qui va suivre, d'étudier tout spécialement les rapports de l'aboulie et de la démence précoce fruste.

éléments qui la feront entrer dans l'un ou l'autre cadre de nos classifications souvent arbitraires.

Mais il y a plus. Lorsqu'on essaie de déterminer le mécanisme intime des aboulies, lorsqu'on recherche quelle sorte d'obstacle empêche l'acte choisi de se réaliser, on s'aperçoit que sous des aspects variés et dans les psychonévroses et dans les psychoses, cet obstacle est toujours le même : c'est une distraction. Nous prenons le mot dans son sens primitif et fort.

L'aboulique est entraîné hors de la voie qu'il a choisie par quelque chose qu'il n'a pas choisi ; il oublie ce à quoi il était décidé ou n'y pense que d'une façon intermittente, insuffisante : phobies, obsessions, idées obsédantes, rêvasseries vagues ou rêves précis aux couleurs violentes, voilà autant de sujets de distraction qui surgissent brusquement à l'improviste, viennent effacer ou obscurcir l'idée de l'acte auquel il s'était déterminé.

Et depuis longtemps déjà M. Arnaud avait insisté sur les troubles mnésiques dans les états obsédants.

En ce qui concerne plus spécialement la démence précoce, et comme je l'ai dit plus haut, on a parlé de « barrage de la volonté », et l'expression a fait fortune. Mais ce « barrage » se rencontre dans différentes formes mentales, et sa valeur diagnostique est elle-même subordonnée à l'existence d'autres signes concomitants.

L'acte volontaire correspond à un état organique particulier, qui est lui-même le terme ultime, l'aboutissant d'autres états organiques liés comme en une chaîne ininterrompue, « le barrage » doit s'entendre d'un nouvel état organique qui s'interpose entre les précédents, et qui, par son développement, les empêche de s'affirmer.

Cliniquement, nous apercevons alors, au lieu et place de l'acte volontaire, une forme d'activité différente, une sorte d'agitation diffuse avec ou sans réaction émotionnelle.

Qu'il nous soit permis d'insister sur ce point.

Le caractère de cette agitation est, dans tous les cas, d'être automatique, de se produire spontanément, d'une manière inopportune, en dehors des associations utiles.

Mais, tandis que chez le mélancolique et le psychasthénique, elle s'accompagne de phénomènes émotionnels intenses, sans stéréotypies ni négativisme, le dément précoce se laisse entraîner sans réagir.

C'est, du moins, ce que l'on constate ordinairement.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'une telle règle comporte des exceptions? Comment en serait-il autrement? Entre la psychasthénie qui vient à se prolonger et la démence précoce qui est encore pour ainsi dire à l'état « fruste », s'il existe une frontière, les contours en sont parfois tellement indécis qu'il devient presque impossible d'affirmer où finit la première et où commence la seconde.

Morel n'a-t-il pas dit, en parlant de l'état terminal de l'obsession, « lorsque le mal a conquis tous ses droits à l'habitude », à la chronicité, voici ce qui peut arriver : les malades tombent dans l'indifférence et dans une espèce de misanthropie morose. Ils ne se gênent pas plus devant les étrangers que devant leurs familles pour se livrer à des actes ridicules qui les font passer pour des excentriques, pour des hommes « à tic » accomplissant en public des actes bizarres d'une manière automatique sans conscience et sans réflexion.

D'ailleurs, bon nombre d'auteurs s'élèvent fortement contre l'erreur de

ceux qui croient que les obsessions restent des obsessions sans aucune relation avec la folie et soutiennent que les obsédés tendent à verser parfois dans une sorte de délire paranoïaque.

Et MM. Pitres et Régis, dans leur beau traité sur les obsessions et les impulsions, indiquent les obsessions comme précédant parfois le passage direct à la folie.

D'un autre côté, M. Régis, dans son traité des maladies mentales, n'a-t-il pas soin d'indiquer la permanence des états abouliques chez les déments précoces considérés sinon comme guéris au moins comme très améliorés.

Dans un travail ultérieur, le docteur Perrens et moi, nous relaterons prochainement l'histoire d'une de nos malades aboulique, dyspraxique, morte diabétique, qui a abouti à la démence paranoïde.

Dans l'observation qui va suivre, et qui me paraît particulièrement suggestive, nous verrons, comme dans l'observation de Morel, l'agitation automatique dont j'ai parlé déjà, surtout émotionnelle au début et empruntant la forme d'obsessions ou de phobies, prendre peu à peu un caractère différent et se manifester presque exclusivement sous les apparences changeantes d'une rêvasserie continue, se compliquer de troubles de l'activité volontaire et de phénomènes, soit d'apraxie idéatoire ou plutôt, comme j'ai tendance à le croire, de dyspraxie, n'ayant aucun rapport avec les malades de Babinski et de Bruns atteints de lésions cérébelleuses et qui ont perdu la faculté d'exécuter rapidement les mouvements successifs volitionnels (adiadococinésie), s'écartant du cadre tracé par le professeur G. Ballet dans son mémoire sur les obsessions dans la psychose périodique, ne présentant aucune ressemblance avec les cas d'aboulie motrice simulant la mélancolie chronique dont MM. Roques de Fursac et Capgras nous ont fourni récemment l'intéressante observation et ne pouvant être assimilés aux troubles décrits par M. Dupré sous le nom de « parectropie », pas plus qu'à ceux qui constituent l'apraxie motrice de Liepman. J'élimine, pour ne pas y revenir, la possibilité d'accidents pouvant se rattacher à l'état vertigineux des épileptiques.

Dans le courant du mois de novembre 1910, un étudiant, M. X..., âgé de trente ans, venait réclamer nos soins pour une « affection de la volonté », dont le début remontait à plusieurs années et qui ne cessait de s'aggraver.

Rien de particulier dans ses *antécédents héréditaires* et dans ses *antécédents personnels;* on ne relève d'autres maladies qu'une fracture de jambe à sept ans, une crise de rhumatisme articulaire qui l'obligea à un court repos pendant son service militaire.

Au collège, où il fit ses classes de lettres, on le considérait comme un élève consciencieux que les résultats récompensaient mal de son application. Ses camarades se moquaient de sa simplicité et ne lui épargnaient pas les mauvais tours. Il obtint son baccalauréat après trois échecs en rhétorique et deux en philosophie. Deux ans de service militaire — il avait été ajourné une fois pour faiblesse de constitution — vinrent interrompre les études qu'il avait entamées à sa sortie du collège ; il les reprit ensuite.

Histoire du malade. — L'origine des troubles que nous allons étudier est assez obscure. « C'est peut-être une maladie qui m'aurait mis dans l'état où je suis, nous dit-il, peut-être est-ce une peur. » Et il nous raconte qu'un soir de 1905, comme il s'était enivré au point de ne pouvoir se diriger, des amis de fortune le reconduisirent chez lui et se payèrent eux-mêmes de leur obligeance

en le dévalisant. « J'en eus beaucoup de chagrin. Pendant longtemps j'en fus tout attristé. Le soir, quand je rentrais dans ma chambre, j'avais une sorte de peur ; je visitais tout ; je regardais sur le palier, sous mon lit, partout, pour voir si personne ne s'était caché. Une fois ma porte fermée, je n'avais plus peur. »

S'il n est pas démontré que cette aventure soit la cause de la maladie actuelle, il est certain qu'elle en marque le début. Dès lors, il éprouva une difficulté à accomplir la moindre besogne. Au cours, il était distrait ; il passait de longues heures devant sa table de travail, mais son attention se dispersait sur les objets les plus divers. Ce qu'il lisait, il le retenait mal, se fatiguant énormément pour un rendement presque nul. Des phobies vinrent l'assaillir : la crainte de se salir les mains au contact des objets de bois, les chaises et les tables en particulier ; s'il n'avait pu éviter de les toucher, il n'obtenait le repos qu'après s'être lavé minutieusement. Puis il en vint à redouter de ne pouvoir agir et cette obsession, qui n'est pas la première en date, prit bientôt une importance considérable, pendant que les phobies primitives tendaient, au contraire, à s'effacer. A l'occasion de l'acte le plus significatif, il ne pouvait s'empêcher de penser qu'il en serait incapable : une émotion intense le saisissait, accompagnée d'anxiété douloureuse et d'angoisse précordiale ; il lui semblait que son cœur était comprimé dans un étau, que la respiration allait lui manquer, qu'il était prêt à défaillir. Peu à peu (et nous demandons la permission d'insister sur ce point), le tableau se modifia ; l'anxiété et l'angoisse diminuèrent ; progressivement l'obsession perdit de sa force, se dépouilla de son élément émotionnel, et, réduite à une idée obsédante, d'ailleurs jugée absurde, elle devint une habitude de l'esprit, *une véritable stéréotypie*. Dans de pareilles conditions, la préparation de ses examens devenait une besogne extrêmement pénible. Refusé deux ou trois fois à chacun d'eux, il obtint cependant le diplôme qu'il convoitait ; mais, « comme épuisé par son effort et le surmenage qu'il s'était imposé », ses *troubles nerveux* augmentèrent rapidement et l'obligèrent à un repos absolu. Depuis deux ans, malgré divers traitements, son état ne s'est pas sensiblement modifié.

Etat actuel (novembre 1910). — « Ce qui fait ma maladie, nous dit M. X..., c'est que je ne puis agir librement. » Et il nous raconte avec une lenteur désespérante, comme si les idées ne se présentaient à son esprit qu'après une laborieuse maturation, les difficultés qu'il éprouve en effet.

Le matin, réveillé vers six heures, il essaye aussitôt d'ouvrir les yeux : ses paupières demeurent obstinément closes ; nouvelles tentatives et nouvelles déceptions ; ce n'est qu'au bout d'une demi-heure à une heure qu'il parvient enfin à vaincre l'obstacle. Le voilà donc, les yeux ouverts, étendu sur son lit ; il désire se lever ; il s'assied d'abord en s'aidant des bras, et il reste dans cette position pendant un certain temps ; puis il jette ses jambes hors du lit et, demeurant toujours assis, il attend d'être en mesure de se dresser et de prendre contact avec le parquet. Combien tout cela dure-t-il? Tout dépend de ses dispositions du moment, mais il lui arrive de lutter pendant plusieurs heures avant de réussir à se mettre debout. Depuis un mois ou deux, son état a empiré au point qu'il est forcé de recourir au service d'un domestique. Celui-ci le saisit à bras le corps, l'arrache de son lit, le met sur pied et l'habille. « J'ai renoncé à m'habiller, dit M. X..., parce que mes *hésitations* me surprennent à propos de tout, que je veuille changer de chemise, mettre mes chaussettes, boutonner mon pantalon ou endosser un veston. Il m'est arrivé de commencer

à m'habiller à huit heures du matin et de n'être prêt qu'à quatre heures du soir. » Même avec l'aide d'un domestique sa toilette est loin d'être rapide, car il se prête mal aux mouvements nécessaires. Cependant il est habillé et il voudrait sortir. Sa porte est fermée, il va falloir l'ouvrir. Nouvelles hésitations Il reste là, immobile comme devant une barrière infranchissable. Il ouvre enfin et passant vivement le seuil, va tout droit jusqu'au palier. Mais l'escalier est à droite, un changement de direction est donc indispensable ; cela l'oblige à une pause de quelques minutes. Dans la rue, sa situation n'est ni pire ni meilleure. Quand il est lancé, il évite convenablement les passants et les voitures ; ses hésitations n'apparaissent qu'aux carrefours et aux tournants des rues. Il nous déclare qu'il lui est aussi pénible de s'arrêter juste à point devant tel étalage que d'en repartir ensuite si par hasard il a réussi. A l'entendre, quel que soit le mouvement entrepris, l'arrêt n'est pas moins ardu parfois que la mise en marche ; un matin qu'il se frottait vigoureusement la tête avec une brosse dure, il se mit le cuir chevelu en sang faute de pouvoir s'arrêter assez tôt. Ses repas s'éternisent. Pour prendre son pain, son couteau, sa fourchette, il hésite encore. On dirait que sa volonté s'épuise à mesure qu'approche la fin du repas ; lorsqu'il se décide à boire son dernier verre, il n'y parvient qu'après une hésitation d'une dizaine de minutes, et il lui faut presque autant de temps pour arracher le verre de ses lèvres et le poser sur la table.

Dans ces conditions, les journées passent sans qu'il s'occupe à un travail sérieux : son lever, sa toilette, une courte promenade et ses repas absorbent tout son temps.

Examen objectif. — Pendant que d'une voix monotone M. X... nous raconte ses misères, rien ne trahit en lui la moindre émotion. Son visage demeure inexpressif et morne ; son regard alors se perd on ne sait où, au loin. Il est là, comme vissé à sa chaise, les mains posées à plat sur ses genoux, dans une attitude embarrassée et raide, dont aucun geste ne contrarie la parfaite immobilité. Pour parler, à peine s'il ouvre la bouche. Vient-il de terminer une phrase, avant d'en commencer une autre, il s'absorbe dans un silence prolongé. Après nos questions, il marque un temps d'arrêt d'une longueur telle que nous penserions n'avoir pas été compris si la justesse de ses réponses tardives ne nous prouvait le contraire. Cette période de méditation excessive, nous allons la retrouver à l'occasion de tous ses actes.

Examen des mouvements. — Nous prions M. X... d'exécuter quelques mouvements simples, ouvrir ou fermer les yeux, lever un bras, une jambe, remuer un pied. Voici ce qui se passe : l'ordre donné ne modifie pas d'abord en quoi que ce soit l'immobilité du sujet ; cinq, dix, vingt, trente secondes s'écoulent, parfois une minute, rien ; et tout d'un coup au moment le plus imprévu, le mouvement commandé se produit. Il est *soudain*, ne s'annonce par aucun signe avant-coureur, aucune ébauche de contraction musculaire avortée, aucun de ces essais par quoi certains malades semblent soupeser leur membre et en tâter la résistance. Il est brusque et atteint dès le point de départ son minimum de vitesse. Enfin, *il est précis.*

Cette précision apparaît clairement dans les mouvements complexes (défaire un nœud fortement serré, lacer un soulier, allumer une cigarette, reproduire certains exercices de gymnastique suédoise), ainsi que dans les mouvements descriptifs. Les uns et les autres sont adaptés à leur but et ils sont coordonnés. Une réserve s'impose pourtant. Si la coordination n'est jamais en défaut dans les actes complexes qui exigent la mise en jeu de plusieurs mouve-

ments simultanés, normalement associés, elle est plutôt précaire dans les actes qui obligent à des mouvements successifs et différents, en série. Nous demandons, par exemple, à notre malade de se lever pour prendre un crayon sur la table : s'étant levé selon le rite ordinaire, il est forcé de demeurer immobile pendant une demi-minute avant de s'emparer du crayon demandé. Il s'acquitte en somme correctement des mouvements combinés que comporte chaque partie de notre ordre, mais il éprouve une grande difficulté à lier la première série à la deuxième, à trouver sa transition. Les actes partiels dont la succession conduit à l'acte final sont pour lui comme autant d'ordres nouveaux devant lesquels se produisent les phènomènes que nous avons constatés tout à l'heure, à l'occasion des mouvements simples. Lorsque les temps d'arrêt sont suffisamment longs, l'observateur a l'impression bien nette de cette décomposition de l'acte total en actes segmentaires. Lorsqu'ils sont à peine marqués, ils donnent à l'ensemble des mouvements l'allure saccadée et heurtée qui est celle des poupées mécaniques.

Leur durée n'est d'ailleurs pas en rapport avec la complexité de l'acte qu'ils précèdent. M. X... hésite autant pour fermer un œil que pour se disposer à marcher, à parler, à jouer du piano ou à écrire. Quelquefois même, c'est le mouvement le plus simple qui lui cause le plus d'embarras. Ainsi, quand il écrit spontanément ou sous dictée, dès que sont dissipées les hésitations premières, il va son train normalement, s'arrêtant à peine une demi-seconde à la fin de chaque ligne avant de commencer la suivante. La copie, pour les raisons indiquées, devient une affaire plus sérieuse, car aux mouvements de la main, qui, jusqu'à l'achèvement d'une ligne, se meut suivant la même direction, s'ajoute un mouvement différent : le léger déplacement de la tête nécessité par la lecture du texte. Or, pour ce mouvement pourtant élémentaire, le temps de préparation est plus long sensiblement que pour ceux complexes èt délicats de l'écriture proprement dite. Celle-ci est correcte, mais sans aucune personnalité.

Notre malade nous ayant déclaré qu'il réprimait péniblement certains mouvements commencés, nous essayons de contrôler ses dires. Nous nous assurons qu'il lui est infiniment moins difficile de passer de l'acte au repos que du repos à l'acte et qu'il est capable d'interrompre un mouvement aussitôt que l'ordre lui en est donné. A deux ou trois reprises seulement, nous le voyons, surpris au cours d'une marche par le commandement de halte, faire encore plusieurs pas avant de s'arrêter. Nous n'avons pas constaté d'autres exemples de persévération.

Nous devons transcrire ici une note qui nous a été communiquée par le médecin de sa famille. Après avoir insisté sur ce fait que son malade avait autant de difficulté à lâcher un objet qu'à le saisir, que certains jours M. X... n'avait ouvert les yeux qu'à une heure de l'après-midi, bien que sa mère l'exhortât depuis sept heures du matin, notre confrère ajoute : « Lorsqu'il a commencé certains mouvements, si on veut l'arrêter de force, on n'y parvient qu'à grand'peine, car il résiste vivement à l'effort qui lui est opposé... Si, par exemple il s'éternise à passer sa serviette mouillée sur son front, pendant qu'il se lave la figure, et qu'alors on réussisse, en employant une assez grande force, à ramener sa main sur sa joue ou sur son menton, la main revient au front dès qu'on la lâche. » Le docteur Z... a également noté des attitudes stéréotypées de plusieurs heures, en particulier le 2 janvier dernier, où M. X..., après s'être mouché, maintint son mouchoir sur son nez, sans l'ôter une fois, de onze heures du matin à quatre heures de l'après-midi.

Examen mental. — M. X... n'est pas un homme cultivé et n'a jamais montré beaucoup de curiosité pour tout ce qui est étranger à sa profession. La lecture, la musique, la politique, l'ont laissé assez indifférent pour qu'il ignore le nom des principaux littérateurs et musiciens de notre époque et qu'il ne sache citer plus de cinq noms d'hommes politiques en vue. Sa mémoire est relativement fidèle en ce qui concerne les gros événements de son existence, mais il retient mal les faits récents qu'il ne considère que d'une attention très affaiblie. Son jugement, qui s'exerce seulement sur un petit nombre de faits, ne semble pas troublé. Nous n'avons pas constaté d'idées délirantes ni d'hallucinations.

Etat somatique. — M. X... est d'une corpulence plutôt forte et ne présente aucune infirmité physique. Son système musculaire est en parfait état. Nous avons étudié plus haut les mouvements actifs. Les mouvements passifs sont faciles. Le tonus des muscles et leur excitabilité mécanique sont intacts. Il n'y a pas de traces de paralysies anciennes ou récentes.

Pas d'altération des réflexes, en particulier des réflexes pupillaires, rotuliens, achilléens et plantaires.

Les sensibilités profondes et spéciales sont conservées ; il en est de même de la sensibilité cutanée au contact, au froid, à la chaleur, à la piqûre. La localisation des impressions douloureuses est précise. Il n'y a pas de troubles trophiques.

Du côté des autres appareils, nous ne trouvons rien à signaler. Les urines ne contiennent rien d'anormal. Le sommeil est bon, l'état général satisfaisant. M. X... ne se plaint de rien et déclare « qu'il serait exactement comme les autres, s'il avait de la volonté ».

Ainsi voilà un homme qui sait ce qu'il veut, qui comprend ce qu'on lui ordonne et qui, ayant un système moteur intact, n'arrive pourtant qu'avec peine à exécuter les ordres qu'il se donne à lui-même comme ceux qui lui viennent d'une personne étrangère. Il n'y a pas aboulie totale, mais difficulté considérable à réaliser le « je veux ». Quelles sont les causes de cette longue période d'attente qui sépare le moment où l'acte est décidé comme immédiatement nécessaire, du moment où il est effectivement réalisé?

La première est une idée obsédante. Au moment d'agir, M. X... a l'idée qu'il en sera probablement incapable, et cette idée qui s'impose à lui contre son gré, qu'il juge absurde, exerce sur ses actes une influence inhibitrice incontestable. Quoique le mot de crainte revienne souvent dans son esprit, le sentiment qu'il est censé traduire est loin d'avoir l'importance que l'on serait tenté de lui accorder d'abord. Ce n'est qu'une façon de parler. Nous n'avons jamais constaté chez notre malade les signes ordinaires de l'angoisse et il nous avoue qu'après en avoir beaucoup souffert il ne ressent plus maintenant cette torture de l'attente anxieuse qui caractérise la véritable obsession. Nous verrons d'ailleurs plus loin que si son émotivité est profondément troublée, c'est par diminution plus que par exagération de son tonus normal.

La deuxième cause, de beaucoup la plus intéressante dans le cas présent, est un état de distraction onirique extrêmement curieux par son intensité. « Je veux sortir de ma chambre, nous dit M. X..., mais ma porte fermée m'arrête. Alors je pense à autre chose, je me fais mille idées, je voyage, je suis loin. Tout à coup, je me réveille. Ah ! où suis-je? Reconnaissant ma chambre : Qu'est-ce que je fais donc devant cette porte? Je me rappelle que je dois sortir et aussitôt, avant d'être surpris par d'autres idées, j'ouvre ma porte et je m'en vais »

Les rêves exercent sur notre malade une domination tyrannique ; ils s'en emparent à l'improviste et s'imposent avec leur incohérence d'idées et d'images, jusqu'à ce qu'un fait quelconque, un bruit, une question ou le rappel spontané d'un projet momentané oublié le ramènent tout à coup à la réalité. C'est le triomphe de l'automatisme cérébral. Quand nous voyons M. X... demeurer sans bouger pendant plusieurs minutes avant d'obéir à un de nos ordres, disons-nous que la difficulté qu'il semble éprouver ne vient pas de la nature de l'acte ordonné, mais de l'invasion subite de sa conscience par des éléments étrangers. C'est là qu'est l'obstacle dont il parle si fréquemment ; c'est de la coexistence dans son esprit de deux groupes d'idées différentes que naissent ses hésitations ; c'est de la prééminence du rêve sur l'idée motrice que vient son inaction et inversement. Il y a plus : dès qu'un acte complexe a reçu un commencement d'exécution, le rêve interrompu un instant reprend son cours et, faisant oublier à la fin d'une série de mouvements les images motrices de la série suivante, provoque les temps d'arrêt que nous avons constatés. Nous comprendrons aussi que le cerveau, étant dans quelques cas entièrement livré à son automatisme onirique, ne puisse exercer sur certains mouvements commencés une action inhibitrice quelconque. Ainsi s'expliquent les phénomènes de persévération dont il a été question.

Contrairement aux psychasthéniques obsédés qui fatiguent entourage et médecin du récit mille fois répété de leurs tortures morales, jamais M. X... ne fait la moindre allusion à ses propres souffrances. Il est indifférent à tout ; ni gai, ni triste, il ne paraît s'inquiéter en aucune façon de l'état où il est tombé. Et comme nous nous en étonnons : « Si, dit-il, sans conviction et comme pour s'excuser, ça m'ennuie, je vous assure que ça m'ennuie beaucoup. » Il reconnaît lui-même qu'il a changé, qu'il n'éprouve pas les sentiments d'autrefois et que ses réactions émotionnelles se sont singulièrement affaiblies.

Faut-il voir dans cette sorte d'assoupissement de la vie affective l'origine des troubles que nous avons étudiés? Nous sommes amenés à le croire si nous considérons que les troubles en question s'atténuent ou disparaissent quand, pour un motif quelconque, notre malade peut puiser dans une surexcitation passagère de ses sentiments, de ses désirs, l'énergie qui lui fait généralement défaut.

Lorsqu'il se trouve, par exemple, en présence d'une personne d'un sexe différent, l'émotion qu'il ressent opère en lui une curieuse transformation : plus d'idées obsédantes, ni de rêves importuns, plus d'apraxie, ni de dyspraxie.

Je n'insisterai pas.

L'idée obsédante et les rêves ne s'installent donc dans l'esprit de notre sujet qu'à la faveur de sa torpeur affective.

Quand, par hasard, le tonus émotionnel s'élève, qu'un groupe de sentiments associés et plus violents que d'habitude vient fortifier l'idée de l'acte à accomplir, celle-ci s'impose en maîtresse unique et se réalise irrésistiblement sans hésitations, sans à-coups.

A quelles affections rattacherons-nous les diverses manifestations que nous venons d'étudier? Au début nous ne distinguons que les signes ordinaires de la psychasthénie : obsession, aboulie, aprosexie, idées noires. Mais peu à peu le tableau se modifie. Les troubles affectifs prennent un autre aspect ; plus d'anxiété, de terreurs vagues ou précises : toute crainte disparaît et aussi la tristesse ; il ne reste plus qu'une indifférence profonde et, sous forme d'idée stéréotypée, s'évoquant automatiquement, le souvenir de l'obsession ancienne.

Des rêves incohérents viennent surprendre notre malade à l'état de veille, l'automatisme cérébral s'affirme de plus en plus ainsi que l'aboulie qui en est l'expression la plus nette. Ce dernier symptôme est cliniquement le plus important, mais à côté de lui, et procédant de la même cause, on note de la persévération, des stéréotypies d'attitudes et de mouvements et de loin en loin du négativisme. Dès lors nous devons abandonner l'idée d'une psychasthénie et songer à quelque chose de plus grave et d'un pronostic plus sévère, la démence précoce. Sans doute, M. X... n'a pas de conceptions délirantes, ni d'affaiblissement démentiel grossier. Mais dans le domaine intellectuel, ne pas progresser n'est-ce pas rétrograder? M. X... n'acquiert plus de notions nouvelles ; son aboulie et son aprosexie l'en empêchent, il vit sur ce maigre fonds qu'une intelligence médiocre et quelques études lui ont permis d'obtenir ; ses ressources ne peuvent que diminuer et diminuent en effet. C'est un *déficitaire*, il ne saurait y avoir de contestation sur ce point. Notre diagnostic de démence précoce sera donc maintenu. Nous ajouterons toutefois qu'il s'agit d'une forme fruste où le déficit intellectuel est relativement peu marqué si on le compare aux troubles des mouvements.

Le mot d'apraxie convient-il pour désigner ces derniers troubles?

Dromard et Pascal, rappelons-le, estiment que les phénomènes décrits dans la démence précoce sous le nom de « persévération », « d'empêchement psychique », de « barrage de la volonté » pourraient rentrer dans la variété idéatoire de l'apraxie.

Toutefois, dans un livre publié tout récemment sur la démence précoce, le docteur Pascal semble avec Pick avoir éliminé le terme apraxie et consacré, sous le nom de dyspraxie, plusieurs pages de son livre pour décrire les phénomènes portant sur l'activité volontaire qu'il avait attribués tout d'abord à l'apraxie idéatoire chez les déments précoces.

En ce qui me concerne, je crois devoir m'en tenir à la définition primitive de l'apraxie : impossibilité de réaliser un mouvement conformément au but proposé. Mon malade ne semble donc pas être dans l'acception stricte du mot un apraxique idéatoire, puisqu'en fin de compte il exécute, avec suspension il est vrai, mais sans interversion, sans substitution, les mouvements demandés.

Il n'atteint pas généralement, sans doute, le but proposé d'une seule traite et la série des mouvements utiles est entrecoupée de pauses plus ou moins longues durant lesquelles il demeure presque immobile, comme s'il venait d'oublier la raison qui le poussait à agir.

Mais il finit, après les pauses que je viens d'indiquer, par accomplir d'une façon parfaite l'acte suspendu dans son exécution.

Et parfois, je tiens à le répéter, lorsqu'il est sous l'empire d'une émotion violente, il réalise cet acte sans pause ni arrêt, agissant en fin de compte « comme ces déments précoces négativistes qui, après quelques moments d'arrêt, finissent souvent par exécuter de façon même très rapide l'acte qui leur a été commandé ». (Régis.)

J'assimilerais volontiers mon malade à ceux de Bruns et d'Oppenheim qui se trouvent dans l'incapacité d'élever un membre quand ils ont les yeux fermés.

Mais quand ces malades parviennent à surmonter cette difficulté, les mouvements sont eupraxiques.

« Cette paralysie psychique, dit Rose, que Liepman appelle paralysie de la volonté, n'a en somme rien à faire avec l'apraxie ; elle nous semble se rappro-

cher davantage de l'aboulie, des paralysies hystériques et des psychoses de la motilité de Wernicke. »

Je crois donc qu'il s'agit dans mon observation d'une dyspraxie et non d'une apraxie idéatoire véritable, puisque l'acte commandé, quoique subissant généralement un temps d'arrêt, finit par être exécuté dans son intégralité.

Qu'il s'agisse d'ailleurs d'une apraxie idéatoire ou, comme j'ai tendance à l'affirmer. d'une dyspraxie dont j'ai essayé d'indiquer le mécanisme tout spécial (dyspraxie par aprosexie), ces expressions ne nous apporteraient aucune notion nouvelle : elles ne feraient que résumer un ensemble de troubles objectifs dont il faut rechercher la cause dans une altération de deux facultés supérieures, l'attention et la volonté et sans doute aussi de la mémoire.

Ces troubles me paraissent ressortir dans l'espèce à la démence précoce, au moins dans sa forme fruste.

Ils supposent peut-être comme dans la démence précoce confirmée une lésion élective plus ou moins développée des neurones corticaux coordonnant les représentations, les émotions correspondantes et l'exécution des actes ou, comme l'a dit Klippel, une lésion diffuse des cellules les plus délicates parmi les tissus qui composent l'encéphale.

Et peut-être est-ce que le « barrage de la volonté » chez un certain nombre de malades considérés comme des psychasthéniques et qui aboutissent à un état paranoïdien, ne serait-il que *l'expression d'un trouble démentiel primitif, encore mal organisé, d'un état démentiel précoce, fruste.*

Cet affaiblissement de l'attention, de la volonté, de la mémoire paraît luimême sous la dépendance d'une grave dépression affective.

Car, comme l'a dit Ribot : « Tout état du système nerveux correspondant à une sensation ou à une idée se traduit d'autant mieux en mouvement qu'il est accompagné de ces autres états nerveux quels qu'ils soient qui correspondent à des sentiments..... C'est de la faiblesse de ces états que résulte l'aboulie..... La cause est donc une insensibilité relative, un affaiblissement général de la sensibilité ; ce qui est atteint, c'est la vie affective, c'est la possibilité d'être ému. »

J'en ai fini, mesdames et messieurs, et je tiens à m'excuser de vous avoir entretenu trop longuement peut-être d'un fait isolé, bien qu'il m'ait paru comporter des considérations d'un ordre plus général : « L'homme, a dit Émerson, divise pour étudier. »

J'ajouterai avec lui : « Quand je saurai tout (et je suis certain en ce qui me concerne de n'y jamais parvenir), je cesserai de vanter les parties. »

Mesdames, messieurs, je déclare ouverte la XXIIe session du Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française.

PREMIÈRE PARTIE

DISCUSSION DES RAPPORTS

PREMIER RAPPORT

LES PERVERSIONS INSTINCTIVES

Rapporteur : Docteur DUPRÉ, professeur agrégé

Séance du lundi 1er avril, matin

CONCLUSIONS DU RAPPORT

La perversité instinctive apparaît comme une forme de débilité et de déséquilibration psychiques, que compliquent toujours des associations pathologiques diverses, notamment des anomalies de l'intelligence, du caractère, de l'humeur et de l'activité, et qui se traduit, dans la pratique, par les actes antisociaux les plus variés.

La perversité des instincts étant constitutionnelle, échappe, dans ses formes graves, à toute thérapeutique. Dans ses formes moyennes, et surtout légères, partielles, elle est susceptible, dans la mesure où le permettront les autres anomalies pour la plupart également constitutionnelles qui s'associent à elle, d'être plus ou moins amendée, et favorablement influencée par l'éducation, l'exemple et la culture morale. Mais ces succès, souvent plus apparents que réels, plus éphémères que durables, sont, en réalité, proportionnels dans leur importance à la bénignité de l'état pathologique. L'amendement moral du pervers est une illusion : soit de philanthropes et d'optimistes, qui croient à la vertu foncière du cœur humain et cherchent les raisons du vice autour et non dans l'individu ; soit de psychothérapeutes théoriciens, qui croient à l'action bienfaisante du raisonnement et à la réfection d'une mentalité par la dialectique ; soit d'esprits religieux, qui croient à la grâce et à la rédemption du pécheur. Cette illusion sentimentale est d'ailleurs presque toujours, en dépit des leçons de l'expérience, partagée par les familles des sujets pervers.

Les mesures les plus efficaces sont, quand l'internement ne s'impose pas, l'application des méthodes médico-pédagogiques en rap-

port avec le cas considéré, la discipline, la sévérité, l'éducation par l'entraînement au travail et à l'action constante de l'exemple. Ces mesures d'hygiène et de rééducation morale peuvent avoir une heureuse influence sur les sujets, non pas pervers, mais simplement débiles de la sensibilité morale, par agénésie relative, par insuffisance de développement des tendances affectives et altruistes. Ces débiles moraux, préservés des mauvaises contagions, pourront bénéficier des heureuses influences de l'exemple et de la psychothérapie.

C'est dans le monde des pervers que se recrutent les *délinquants* et les *criminels d'habitude.* L'observation objective démontre l'incorrigibilité de ces sujets, incapables d'adaptation sociale et d'amendement sincère ou durable, toujours en imminence de révolte et d'attentats, et dans cet *état dangereux*, dont le professeur Garçon a bien analysé les éléments et la gravité, au point de vue des problèmes qu'il pose devant le Droit pénal. La plupart de ces délinquants récidivistes démontrent, par leur vie même, leur *inintimidabilité* par la peine, du moins par les peines tout à fait insuffisantes qu'on leur inflige. Aussi la répression devrait-elle être bien plus sévère, sinon pour intimider le criminel, au moins pour l'éliminer de la société pour un temps très prolongé ou perpétuel. Sans aborder ici la question de la responsabilité, trop importante pour être examinée à la fin de ce rapport, on peut affirmer que l'étude des perversions instinctives, en montrant les relations intimes qui existent, sur le terrain de la déséquilibration mentale, entre les psychopathes et les vicieux, entre les anormaux et les criminels d'habitude, montre l'erreur et le danger de la doctrine actuelle de la responsabilité, et donne toute leur valeur aux conclusions que le professeur Gilbert Ballet a formulées à Genève, en 1907.

Il faut substituer, à la notion métaphysique et arbitraire de la *responsabilité*, la notion positive et objective de la nocivité, de la *témébilité* du pervers et du criminel, et créer des établissements spéciaux, intermédiaires à l'asile et à la prison, des *asiles de sûreté*, pour les anormaux dangereux, les psychopathes vicieux, les imbéciles moraux, dangereux, difficiles, etc., en un mot pour les sujets atteints de *perversions instinctives.*

M. Mabille. — Messieurs, M. le docteur Dupré, avec l'autorité qui s'attache à ses travaux et à son nom, vient de nous exposer d'une façon éloquente et à grands traits la question des perversions instinctives qui a fait l'objet de son remarquable rapport.

Je tiens à lui adresser, au nom des membres du Congrès, tous mes remerciements.

DISCUSSION

M. Anglade veut qu'on s'affranchisse définitivement de la tutelle des conceptions surannées de la dégénérescence et de l'hystérie ; à côté des troubles du caractère, de ses vices et de sa mythomanie, le pervers présente des anomalies de la motilité et de la sensibilité, de l'excitation et de l'instabilité motrice, des perversions sensorielles. Il signale, d'autre part, les pervertis séniles devenus, après une vie normale que termine l'involution, des vicieux et plus particulièrement des érotomanes.

Peut-on enfin établir la limite de la responsabilité des pervers et améliorer ceux-ci? M. Anglade prône la bonne éducation, l'influence du milieu et de l'exemple ; il s'élève avec force contre les colonies pénitentiaires, véritables écoles du vice.

M. Voisin (Jules) rappelle que l'Assistance publique institua il y a dix à douze ans à la Salpêtrière une école de réforme pour ses pupilles délinquantes âgées de 13 à 18 ans. Chaque fois qu'une enfant était signalée à la justice, l'Assistance réclamait cette enfant et la dirigeait sur l'école.

Au bout de plusieurs mois de traitement moral, l'enfant était remise en liberté si l'amélioration était constatée.

Depuis deux ans, la Ville de Paris institue dans plusieurs quartiers de la ville des écoles pour les enfants anormaux. Cette sélection ne peut donner que de bons résultats, mais je ne puis vous donner une statistique exacte, n'ayant pas eu à ma disposition le relevé du nombre des élèves.

M. Pactet rappelle le vœu qu'il a proposé et fait adopter au Congrès de Lisbonne sur la création d'un service médico-psychologique des détenus, et qui a rencontré la plus vive résistance de la part de l'administration.

M. Darmon (R.), *avocat au barreau de Tunis.* — Le vœu de M. Pactet, qui tendrait à laisser au magistrat le soin de prendre des décisions déterminant la durée de l'internement jusqu'au moment où l'individu sera déclaré désormais inoffensif, me semble impossible à réaliser en l'état actuel des textes. De plus, une modification législative qui nécessiterait un bouleversement complet du système pénal ne me paraît pas désirable.

Aujourd'hui, lorsqu'un accusé est déclaré irresponsable, — généralement sur le rapport du médecin-expert, — le tribunal, aux termes de la loi, l'acquitte purement et simplement et n'a plus à se préoccuper de son sort, une fois le jugement prononcé. L'autorité administrative intervient alors immédiatement. Que plus tard le *malade* interné soit remis trop tôt en liberté avant d'avoir cessé d'être dangereux, qu'il commette un nouveau crime, la faute en incombe-t-elle au magistrat? Mais l'administration elle-même n'aura vraisemblablement libéré cet individu que sur les indications, sur la demande peut-être du médecin traitant.

Supposons maintenant l'individu responsable de ses actes. S'il est déclaré coupable, le tribunal, lié par les textes, prononce une peine qui ne peut dépasser un certain maximum. Tel est le droit actuel.

En se plaçant sur le terrain de la législation, donner aux magistrats le pouvoir de prononcer des sentences indéterminées, ce serait tomber dans l'arbitraire le plus absolu et supprimer toutes les garanties de la liberté individuelle. D'ailleurs qui décidera que le criminel est guéri et amendé? Le médecin apparemment. Mais, comme l'a dit si justement notre éminent maître, M. le professeur Garçon, il faut craindre l'arbitraire même scientifique du médecin. Il ne faut pas que l'on puisse enfermer pour toujours un individu qui a commis un

petit vol ou quelque peccadille sous prétexte qu'il a une responsabilité atténuée et qu'il ne paraît pas redevenir absolument normal. On se heurte ici à ce principe de droit public que les hommes ont des droits. Il ne faut pas que pour un fait sans gravité, sous prétexte même de sécurité sociale, on puisse infliger une peine exagérée. On peut fixer un maximum à une peine et non à un traitement. Voilà pourquoi il faut maintenir l'idée de peine, base du système législatif actuel.

M. Ballet (Gilbert). — Comme M. Dupré, je suis, je l'avoue, assez pessimiste, et je doute que, quoi qu'on fasse, on arrive à moraliser les individus atteints de perversions instinctives. Ce sont des tarés constitutionnels ; et on ne guérit pas une tare constitutionnelle. Dans quelques cas sans doute on peut en atténuer les mauvais effets, mais les résultats de l'orthopédie mentale la mieux comprise ne peuvent être que bien minimes. Avec les pervertis instinctifs on doit viser moins une réforme mentale radicale, qui me paraît impossible, qu'une bonne protection sociale.

Or, il ne faut pas se dissimuler que le problème des perversions instinctives et des procédés de défense à leur appliquer c'est non pas tout, — car il y a les criminels d'occasion, — mais c'est presque tout le problème de la criminalité.

Je souhaiterais que les prisons nous fussent largement ouvertes, que de la sorte nous puissions faire d'une façon plus complète la clinique de cette criminalité et rechercher quels sont les meilleurs moyens de protéger la société contre des êtres anormaux mais dangereux, sans fausse sensiblerie comme sans inhumanité.

Ces anormaux ne sont ni des demi-malades, ni des demi-fous, ni des demi-responsables. Laissons ces mots singuliers. Ce sont des tarés à leur façon.

Mais, hélas ! les mesures qui les concernent ne pourront pas être envisagées du point de vue positif et scientifique tant que le Code pénal visera à punir, quand il ne devrait viser qu'à nous protéger.

On parle de la création d'asiles-prisons, en vertu de cette tendance que nous avons à solutionner beaucoup de problèmes sociaux du point de vue architectural. Je veux bien qu'on en ouvre ; mais n'oublions pas que lorsque ces asiles existeront, il les faudra grands et nombreux ; car je crains bien que le plus grand nombre des criminels aient droit à y trouver place.

En fait, monsieur, en matière de criminalité, de perversions instinctives, de punition, de protection sociale nous vivons sur des fictions. Tout est à faire : notre Code est à reviser aussi bien au point de vue des principes sur lesquels il repose que des pénalités qu'il édicte. La relégation était peut-être ce qu'on avait trouvé de mieux au point de vue d'une certaine prévention, et on ne l'applique pas.

M. Vallon préconise l'asile-prison dont le caractère essentiel serait d'avoir comme directeur un médecin compétent en psychiatrie. De cette façon chaque détenu pourrait recevoir un traitement — j'emploie ce mot dans son sens le plus large — en rapport avec son état mental.

M. Régis. — Je ne partage pas le pessimisme absolu de M. Dupré lorsqu'il déclare que l'amendement du pervers instinctif, délinquant récidiviste et criminel d'habitude, essentiellement inintimidable et incorrigible, est impossible et illusoire et lorsqu'il conclut, en conséquence, qu'il faut l'éliminer, temporairement ou définitivement, de la société dans des asiles de sûreté, établissements spéciaux, intermédiaires à l'asile et à la prison.

Beaucoup de pervers se trouvent en effet dans ce cas, mais non pas tous.

Il faut remarquer d'ailleurs que s'il en est ainsi, cela tient en grande partie à l'insuffisance de nos moyens actuels d'action vis-à-vis de cette catégorie d'anormaux.

Tant qu'ils pourront vagabonder à l'aise et qu'on les traitera uniquement par la maison de correction et la répression systématique, on n'arrivera évidemment qu'à en faire des récidivistes dangereux passibles de l'asile de sûreté.

Mais lorsqu'ils seront placés, *dès l'enfance*, dans des « réformatoires » appropriés, c'est-à-dire dans des établissements spécialement adaptés à leur cure et où se pratiquera, sur des bases rationnelles, l'orthopédie mentale et morale dont ils relèvent, les résultats seront, à n'en pas douter, infiniment meilleurs.

Je n'en veux pour preuve que les cures déjà obtenues dans certaines institutions spéciales, malgré les imperfections encore très grandes de leur organisation et de leurs méthodes.

Il convient donc, me semble-t-il, de ne pas prononcer cette parole par trop décourageante que les pervers instinctifs sont incorrigibles et qu'il n'y a rien à faire avec eux qu'à les enfermer, pour la plupart à tout jamais, dans un asile de sûreté. Disons simplement, sans aller jusqu'à l'illusion, que nous n'avons pas fait pour eux tout ce qu'il fallait et que notre devoir est de perfectionner leur assistance éducative, dans leur intérêt comme dans celui de la société.

M. Claparède (de Genève). — Je trouve, comme M. Régis, que les conclusions de M. Dupré sont trop pessimistes. Non pas certes que je pense qu'il n'y ait pas des perversions incurables, immodifiables par l'éducation ; mais, à trop l'affirmer, ne risque-t-on pas de décourager les bonnes volontés, d'empêcher des succès possibles? Nous manquons, dans ce domaine, des expériences suffisantes pour formuler des conclusions définitives. Si beaucoup de pervertis restent ce qu'ils sont, c'est peut-être bien parce que l'on n'a pas su s'y prendre de façon convenable. Trop souvent on croit qu'il faut réprimer leurs mauvais instincts, alors qu'il faut plutôt les dériver, leur donner issue sous une forme non nocive. Je citerai comme exemple des beaux résultats auxquels on peut parvenir dans ce domaine, ceux obtenus par Mlle Francia dans la colonie de Castel-Guelfo, près Bologne, et qui ont été décrits dans la *Rivista di Psicologia* de notre collègue Ferrari. J'ai visité l'an dernier cette colonie, et j'ai pu me rendre compte des résultats merveilleux que pouvait obtenir une jeune fille douée, il est vrai, d'un sens psychologique très fin, mais simplement en employant la douceur, sur une bande de jeunes criminels confiés à ses soins.

M. Ley (Auguste) s'associe aux protestations qui se sont élevées de la part de tous ceux qui se sont occupés pratiquement de l'éducation des anormaux, contre le pessimisme exagéré et par trop facile du distingué rapporteur. Il existe incontestablement des succès à mettre à l'actif de l'éducation morale préventive et ces succès, même s'ils sont rares, suffisent à condamner une attitude qui aboutit en somme à ne plus rien faire du tout dans ce domaine.

L'éducation préventive, dirigée spécialement contre les perversités décrites par l'auteur, est surtout efficace lorsqu'elle comporte une organisation bien adéquate, et on peut citer comme exemple à ce sujet les institutions anglaises et américaines où l'enfant anormal trouve toute une série d'institutions exactement adaptées à son cas et à sa mentalité perverse.

Ces institutions forment un véritable crible, à ouvertures de plus en plus serrées, dans lequel doit passer fatalement l'anormal et qui retient chaque catégorie à la place adéquate à la forme qu'il présente.

J'aurais été heureux de trouver dans le rapport de M. Dupré une analyse critique des théories de l'école de Freud sur les perversions instinctives. Cet auteur et ses élèves, dans une série, volumineuse déjà, de travaux variés, cherchent dans la mentalité, souvent subconsciente, du sujet pervers, les origines de cette perversité et la trouvent souvent dans des « traumatismes psychiques » d'ordre sexuel le plus souvent survenus dans l'enfance.

M. Vigouroux est heureux de constater que M. Dupré a substitué dans son intéressant rapport à la notion métaphysique de responsabilité, la notion positive de la nocivité et de l'intimidabilité des pervers et criminels, comme lui-même a tenté de le faire dans son ouvrage en collaboration avec le docteur Dubuisson.

Il croit avec M. Régis que M. Dupré s'est montré un peu pessimiste quand il dit que l'amendement des pervers est une illusion. Il estime que si le pervers est suffisamment intelligent et est susceptible d'amendement, l'école Théophile Roussel à Montesson, instituée par le Conseil général de la Seine pour le redressement des débiles moraux intelligents, donne de bons résultats.

A la colonie et même à l'asile de Vaucluse, il n'est pas rare de voir des enfants atteints de débilité intellectuelle légère, avec perversions instinctives, se modifier heureusement après la crise pubérale, et reprendre utilement leur place dans leur famille et dans la société. La puberté en effet joue un rôle important dans la genèse des perversions instinctives liées à l'instinct de conservation de l'espèce.

Ce n'est donc que lorsque les anormaux, les pervers ont donné la preuve qu'ils sont inintimidables, par les peines ordinaires, qu'il convient de les séquestrer dans les asiles de sûreté.

L'état d'inintimidabilité d'un individu à intelligence non altérée ne peut se prévoir ; cela est démontré par les récidives.

M. Dupré, rapporteur, répondant aux argumentations précédentes, déclare qu'il reste pessimiste en raison du grand nombre de cas de pervers irréductibles, qu'il est partisan cependant des essais de réforme morale qui peuvent donner de très heureux résultats, mais il croit que la rééducation de tous les pervers est irréalisable. Il n'a pas, dans son rapport, cru devoir insister sur les conditions telles que l'évolution pubérale ou l'involution sénile qui sensibilisent les sujets et font éclater des perversions instinctives jusque-là silencieuses. Il n'a pas voulu faire, à côté des perversions psychiques, l'étude des perversions motrices ou sensitivo-sensorielles, en particulier de la débilité motrice, ce qui l'aurait entraîné trop loin.

Dégénérescence et perversions instinctives. — Folie morale familiale. — Parricide. — Crime collectif

Par J. LEVASSORT.

Les crimes familiaux, par l'horreur des circonstances dans lesquelles ils ont été préparés et exécutés, acquièrent dans le public une éclatante notoriété, qui égale presque celle des crimes passionnels. Ils présentent, en outre, au point de vue médico-légal, un intérêt capital : l'étude du crime lui-même, de ses causes, du milieu dans lequel il a été conçu et commis, forme avec l'examen de l'état mental du ou des criminels familiaux la matière de nombreux faits extrêmement précieux pour l'expert appelé à émettre son avis dans des cas souvent fort délicats à interpréter.

Celui que je fus appelé à connaître avec mes confrères les docteurs Catois et Moutier appartient à tous égards à cette catégorie : on y trouve tracée d'une façon profonde l'empreinte de la dégénérescence. C'est à ce titre qu'il m'a paru digne de retenir votre attention : il constitue une contribution à l'étude si intéressante et si complète que M. le professeur Dupré a consacrée, dans son remarquable rapport sur les perversions instinctives, au chapitre le plus important, au point de vue médico-légal, de la dégénérescence mentale.

Le 23 septembre 1911, le baron Maxime de C... fut assassiné à l'entrée de l'avenue conduisant au château où il habitait avec sa famille : il avait eu le crâne fracassé par un coup de fusil, tiré presque à bout portant. L'enquête établit que le crime avait été commis par le fils aîné de la victime, Robert de C..., âgé de 18 ans ; celui-ci, armé de son fusil de chasse, avait guetté le retour de son père, posté derrière un fourré ; dès que la voiture fut passée devant lui, il courut après elle en tenant son père en joue ; puis pressant la détente il l'abattit d'un seul coup de son arme. Il s'empressa de prévenir sa mère de la réussite de son forfait et tous deux allèrent s'en assurer de leurs propres yeux. La baronne l'envoya ensuite au village voisin informer le maire de l' « accident », puis la mère et le fils attendirent tranquillement les événements.

La mort du baron avait été décidée près de deux mois auparavant par la

baronne et son fils Robert à la suite d'une mesure prise par lui pour refréner les habitudes d'intempérance de sa femme et de l'envoi de son second fils Roger en pension : Robert, que son frère aidait dans son ouvrage, avait paru très mécontent de la décision de son père qui atteignait sa paresse.

L'arrêt de mort rendu contre le baron par sa femme et son fils aîné fut aussitôt communiqué au reste de la famille composé d'un fils de 14 ans, une fille de 12 ans et d'un plus jeune fils de 7 ans ; la servante, confidente de la mère et maîtresse du fils, fut également mise au courant des projets et appelée à donner son avis sur leur exécution : les seules discussions de ce sinistre tribunal portèrent non sur la sentence, admise sans la moindre opposition, sans même soulever d'objections, mais sur les moyens à employer pour son exécution. Et pas une voix enfantine ne s'éleva pour avertir le père des sombres desseins dont il allait être la victime.

Il échappa d'abord au poison ; trois tentatives échouèrent par l'ignorance des auteurs : le lait mélangé au sublimé précipita ce dernier et le rendit inoffensif ; les baies de symphoricarpus, réputées un poison dangereux, n'avaient aucune valeur toxique ; quant aux champignons dont le suc fut exprimé dans la soupe du baron, ils n'avaient, malgré le choix dont ils avaient été l'objet, aucune propriété vénéneuse. Puis c'est la strangulation : mais la corde proposée par Roger fut déconseillée par la baronne qui trouva que son fils était trop peu robuste pour étrangler son père. La bonne avait bien proposé de « faire faire le coup par un apache » de ses amis, mais sa mémoire infidèle ne lui permit pas de retrouver son adresse. Le projet de tuer M. de C... pendant son sommeil d'un coup de revolver ne fut pas exécuté, l'acquisition de cette arme n'ayant pu être effectuée. Finalement, le choix se fixa sur le fusil de chasse, et parmi les deux armes que possédait le baron, la baronne, après les avoir essayées, indiqua à son fils le Lefaucheux de préférence à l'Hammerless « qui repousse trop ». En effet, Robert était inexpérimenté, c'étaient ses débuts ; aussi sa mère lui apprit à tirer, « à viser au milieu ». Et nul au château, sauf le baron qui vivait à l'écart depuis longtemps, n'ignorait dans quel but Robert s'exerçait à tirer ; Roger était même allé renouveler la provision de cartouches qui s'épuisait. Tout était préparé pour le vendredi 22, mais le retour prématuré du père fit remettre l'opération au lendemain. La baronne veilla aux derniers préparatifs, choisit elle-même le fourré où le fils devait se poster à l'affût de son père, puis, après un dernier regard jeté sur la route, elle retourna à la basse-cour où son travail la rappelait. Quelque temps après elle pouvait entendre la détonation du fusil et le galop du cheval qui ramenait son maître mourir à la porte de son château ; et accompagnée de son fils qui venait de la rejoindre, elle assista impassible aux derniers moments de son mari.

Cette attitude conservée au cours de l'information, les faits concernant sa vie passée révélés par l'enquête judiciaire, provoquèrent l'examen médicolégal dont nous fûmes chargés, tant de son état mental que de celui de son fils Robert.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons de lourdes tares : son père, syphilitique et absinthique invétéré, est mort de paralysie générale, deux oncles paternels étaient également alcooliques.

Les antécédents personnels nous la montrent d'une intelligence médiocre et manifestant dès l'enfance des tendances perverses, qui se firent jour surtout après son mariage : elle se mit à boire, et mena une vie de débauche, se livrant au premier venu et entretenant avec ses servantes des relations immorales. Tout ce qui ne contribue pas à l'assouvissement de ses passions la laisse parfaitement indifférente, et elle n'éprouve aucun sentiment d'affection à l'égard des siens. Le récit de l'acte dont elle fut l'instigatrice ne provoque chez elle aucune émotion, aucun regret, aucune crainte sur le sort qui l'attend, aucune honte de sa situation présente.

Son fils Robert, le parricide, subit le poids d'une hérédité plus pesante encore, car outre les tares maternelles, il hérite d'une grande débilité paternelle. Personnellement, il est d'une intelligence très bornée, incapable de faire autre chose que l'ouvrage d'un valet de ferme. Très paresseux, vulgaire et grossier envers son entourage, il se plaît à brutaliser les animaux confiés à ses soins. Profondément égoïste, il ne manifeste que de l'indifférence ou du mépris pour les siens, en particulier pour son père dont il ne parle qu'en lui décernant les épithètes les plus injurieuses, à l'exemple d'ailleurs de sa mère. L'instinct génésique est fortement développé chez lui : de bonne heure il pratique l'onanisme et tente d'initier à ce vice son jeune frère qu'il blesse en se livrant sur lui à un attouchement brutal. Puis il a des rapports avec les servantes du château. L'an dernier, l'une d'elles ayant refusé de céder à ses désirs, il tenta d'abuser de sa jeune sœur âgée de 10 ans et demi. Mais il ne put y parvenir : « Elle était trop jeune, déclare-t-il froidement », ce que voyant, il se contenta de se faire masturber par elle. Il avait d'ailleurs trouvé depuis à satisfaire ses appétits génésiques avec une nouvelle bonne et l'information nous apprend que leurs rencontres avaient lieu tantôt dans le lit de la baronne dont elle partageait les goûts dépravés, tantôt dans le lit des autres enfants, et en leur présence.

Les faits — c'est pourquoi j'ai cru devoir les rapporter en détail — parlent suffisamment par eux-mêmes, et il suffit de les rapprocher des antécédents héréditaires des inculpés, pour pouvoir ranger ceux-ci parmi les dégénérés. Leurs actes, leur attitude rappellent bien ceux décrits par M. le professeur Régis dans la thèse pleine d'intérêt de son élève Asselin, sur « l'état mental des parricides » (Th. Bordeaux, 1902). Nous retrouvons la futilité des causes apparentes du crime et leur disproportion avec l'acte qu'elles semblent engendrer. Celui-ci n'a pas été le résultat d'un accès de colère, il a été longtemps prémédité, grâce toutefois à la collaboration criminelle de la baronne qui dirigea le bras de son fils. Quant à la conduite des assassins après le crime, elle dénote une telle inconscience, une telle absence de remords, et aussi une telle insouciance, qu'on a peine à l'imaginer : elle semble incompatible avec un cerveau bien équilibré.

C'est pourquoi, dans nos conclusions, n'avions-nous pas hésité, vu les tares héréditaires et acquises des inculpés, à invoquer pour eux une atténuation de leur responsabilité dans les actes qui leur étaient reprochés, atténuation que nous estimions plus large pour le fils que pour la mère. Notre thèse, admise pour le fils, fut rejetée pour la mère par le ministère public que le jury, malgré une éloquente plaidoirie d'un éminent maître du barreau de Paris, suivit dans ses réquisitions : la baronne fut condamnée à la peine de mort (depuis commuée par la clémence présidentielle) et le fils à vingt années de travaux forcés. Cette sentence était réclamée par l'opinion publique exprimée par la voie de la presse et par des manifestations bruyantes autour du Palais de Justice ; elle fut accueillie

par les inculpés avec une indifférence complète ; ils semblaient les spectateurs désintéressés et non les acteurs du drame dont l'épilogue avait pour eux une importance capitale. Et cette attitude vraiment étrange venait confirmer la thèse que nous venions en vain de soutenir devant la justice.

Nous nous placions, il est vrai, à un tout autre point de vue que celui qui importe aux juges, le point de vue médical. Celui-ci, en l'état actuel des moyens de répression, en l'absence surtout des asiles de sûreté qui seuls conviendraient à toute une catégorie d'individus dont les dégénérés délinquants et criminels constitueraient la majeure partie, ce point de vue médical pèse peu dans la balance de la justice en face du danger que fait courir à la société l'atténuation de la durée de la peine appliquée aux criminels à responsabilité atténuée. Tant que cette lacune dans notre organisation de défense sociale ne sera pas comblée, la tâche du médecin-expert demeurera souvent fort difficile : dans tous les cas où ses conclusions s'écarteront des cas extrêmes, de responsabilité entière, d'irresponsabilité totale avec internement, l'expert semblera, bien qu'à tort, l'adversaire du magistrat chargé de faire respecter la loi et de protéger la société. Et cette situation fausse et pénible subsistera tant qu'en face de la responsabilité atténuée et de la nocuité entière du dégénéré, par exemple, les pouvoirs publics n'auront pas établi les asiles-prisons, établissements dont le double rôle de préservation sociale et le traitement individuel s'impose à l'égard des demi-responsables.

Conclusion de trois années de pratique médico-pédagogique dans une école de perfectionnement (type externat)

Par M. le docteur G. Jacquin (de Bourg)

I. — Tous les enfants arriérés de l'École de perfectionnement sont des malades.

II. — Ce sont des malades par leur arriération mentale, mais aussi par les troubles des organes des sens (surtout ouïe, vue), de la parole, de la nutrition, par les arrêts de développement physique, par la misère physiologique, etc... Tous ces troubles s'associent souvent à l'arriération mentale, pour aggraver celle-ci. Il importe avant tout de les traiter.

III. — Chaque enfant anormal a une formule individuelle au point de vue mental, sensoriel, physique, etc... qu'il faut préciser et fixer, des aptitudes spéciales dont on doit tenir compte. C'est dire que le programme de traitement médico-pédagogique ne peut être unique, mais doit s'inspirer de la formule, des aptitudes spéciales de chaque enfant.

IV. — Le nombre de 20 élèves par classe spéciale est un maximum qu'il ne faut pas dépasser, surtout quand les arriérés sont en même temps des agités, des turbulents, des intermittents.

V. — L'École spéciale, type internat, est l'organisme qui convient le mieux à la plupart de ces enfants. Ceux-ci en effet perdent vite, au contact de la rue, de la famille même, le bénéfice de l'enseignement spécial.

VI. — Cependant l'École de perfectionnement (externat) donne quelques résultats constatés par les maîtres et confirmés souvent par les parents ; ces améliorations ont été obtenues dans la tenue, dans les réactions, dans la conduite des enfants, au dehors ou dans la famille.

Quelques arriérés ont fait de réels progrès au point de vue scolaire.

VII. — Nécessité d'annexer aux écoles spéciales des œuvres de patronage qui s'occuperont des anormaux à la période d'utilisation, c'est-à-dire après l'effort de la période médico-pédagogique.

DEUXIÈME RAPPORT

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS AUX COLONIES

Rapporteurs : professeur RÉGIS et docteur REBOUL

Séances du lundi 1er avril (soir) et du mardi 2 avril (matin)

M. Régis, en son nom et au nom de son co-rapporteur, M. le médecin principal des troupes coloniales Reboul, directeur local de la santé en Annam, expose, en les résumant, les grandes lignes du rapport sur l'assistance des aliénés aux colonies.



M. Mabille, président :

Messieurs,

Nous sommes tous encore sous le charme de l'exposition qui vient de nous être faite par M. le professeur Régis.

Il a su, avec son éloquente parole, résumer d'une façon magistrale, quoique à grands traits, le travail remarquable qu'il a consacré à l'assistance des aliénés dans les colonies.

J'aurais désiré, pour ma part, que notre éminent rapporteur voulût bien, dans une conférence s'adressant au grand public, l'intéresser à la question qui nous intéresse et qu'il a traitée dans son rapport avec tant d'ampleur.

Mais ce rapport, adressé aux administrations diverses, suffira, j'en suis sûr, à appeler l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'organiser d'une façon pratique et durable l'assistance des aliénés dans nos possessions coloniales.

M. Grall (le docteur), *médecin-inspecteur général du service de santé des colonies.* — Je tiens à joindre mes sincères félicitations à celles de notre président et à adresser tous mes compliments à M. le professeur Régis pour le rapport si documenté et si expressif qu'il a établi sur la situation des aliénés aux colonies. Je profite de cette circonstance pour lui transmettre les remerciements de

tous mes camarades du corps de santé des colonies et ceux de l'administration centrale pour l'enseignement si fécond qu'il donne à l'Université de Bordeaux aux futurs médecins des colonies, pour l'intérêt bienveillant qu'il continue à porter à leurs recherches et à leurs travaux et pour la direction éclairée qu'il veut bien imprimer à leurs études.

M. Régis. — Je remercie bien sincèrement de leurs éloges et de leurs félicitations mon excellent ami Mabille, président du Congrès et M. le médecin-inspecteur Grall à qui je dois, je ne saurais trop le redire, la meilleure part de la documentation de notre rapport. Je suis très touché, en particulier, du haut témoignage de sympathie qu'il veut bien m'offrir, en cette circonstance tout à fait unique, au nom des médecins du corps de santé des colonies où je compte de si bons élèves et surtout de si bons amis.

Si le Congrès le permet et pour mettre un peu d'ordre dans l'examen d'un sujet aussi vaste que celui que nous étudions, je lui demanderai de vouloir bien scinder la discussion et, après les réflexions d'ordre général qui pourraient se produire, de la faire porter successivement sur les points suivants :

1° Formation de psychiatres coloniaux ;

2° Législation sur les aliénés aux colonies ;

3° Établissements spéciaux pour aliénés aux colonies. Système général d'assistance psychiatrique à adopter ;

4° Personnel médical des asiles d'aliénés aux colonies : européen, indigène ;

5° Personnel secondaire ;

6° Transport des aliénés indigènes dans les asiles d'aliénés métropolitains ;

7° Rapatriement des aliénés coloniaux européens ;

8° La folie dans les troupes coloniales. Son assistance ;

9° La folie chez les indigènes. Préjugés et coutumes. Formes morbides ;

10° La folie dans la population pénale des colonies (transportés et relégués) ;

11° Lutte préventive contre la folie aux colonies ;

12° L'alcoolisme aux colonies.

M. le docteur Simon, médecin principal des troupes coloniales en retraite (Dijon). — Le rapport de M. Régis corrobore largement ce que j'ai signalé au Congrès de 1908.

En lisant ce rapport, on croit se trouver au moyen âge, ou même dans les temps primitifs.

Ce qui frappe surtout, c'est l'état d'esprit qui règne envers les aliénés : on

n'est pas encore arrivé à les considérer comme des malades. On ne voit en eux que des prisonniers que l'on traite avec des mesures de rigueur, dans des réduits qui ne sont pas autre chose que des locaux disciplinaires. Si, par contre, on examine ce qu'ont fait les autres puissances, on se sent profondément humilié. Les Anglais et les Hollandais traitent les malades cérébraux dans des hôpitaux confortables, avec tous les soins et les égards que mérite leur état.

Il faut, par conséquent, pour l'honneur du corps médical français, aussi bien que pour le beau renom de la France civilisatrice qui a été toujours à la tête du progrès, mettre fin à un pareil état de choses.

Pour moi personnellement, pendant toute ma carrière, j'ai fait tout ce que j'ai pu, sans rien obtenir. Pour préciser, je dirai que, à Tahiti, en 1898, afin d'avoir des locaux autres que ceux décrits à la page 157 du rapport Régis, et qui sont encore les mêmes en 1912, après avoir épuisé toutes les juridictions locales, j'ai soumis la question au ministre des colonies. Je n'ai rien obtenu. Et, en 1903, dans un projet d'agrandissement de l'hôpital de Dakar, j'ai demandé un pavillon spécial aux aliénés. Je n'ai pas eu de réponse.

Les faits montrent que, loin de se laisser doucement séduire par le masque d'une amabilité teintée de bienveillance des hauts fonctionnaires, il faut agir sur la masse du public, afin de lui apprendre d'abord ce dont il ne se doute pas, et ensuite secouer sa torpeur pour qu'il exige des réformes.

Il n'y a qu'un procédé pratique.

Au moyen de la grande presse politique, préparer l'opinion publique, afin de déterminer un courant favorable dans la masse de la nation française.

Celle-ci, une fois éclairée, par voie d'interpellation parlementaire, mettre les pouvoirs publics en demeure de réaliser les réformes.

En agissant autrement, on n'obtiendra rien. S'adresser au public médical, c'est prêcher des convertis, en même temps que demander un appui à des hommes ne disposant d'aucun pouvoir.

Le Congrès de 1912 s'honorera donc en émettant un vœu conforme à celui dont je viens de tracer les grandes lignes.

En poursuivant la réalisation de ce vœu, il suivra les traditions de charité, de civilisation, de solidarité, de respect de la nature humaine qui ont toujours fait la gloire et l'honneur de la France.

DISCUSSION

DU RAPPORT SUR L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS AUX COLONIES

1° Formation de psychiatres coloniaux

Par M. le docteur GUSTAVE MARTIN

Médecin-major de 1[re] classe des troupes coloniales, professeur de médecine légale à l'École d'application de médecine coloniale (Marseille)

Le programme si judicieusement proposé par M. le professeur Régis dans son rapport est précisément suivi, de point en point, depuis cette année à l'École d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille.

Le médecin-major de 1[re] classe, professeur de médecine légale, est chargé de l'examen des aliénés coloniaux, inculpés ou non, de l'hôpital militaire : ceux mis simplement en observation comme ceux en prévention de conseil de guerre pour lesquels un rapport médico-légal est demandé. Ils sont vus par les officiers élèves. Grâce à l'esprit éclairé du directeur du service de santé, grâce à la haute bienveillance du médecin-chef de l'hôpital, grâce à l'extrême amabilité et à la bonne camaraderie de notre confrère de l'armée, le docteur Costa, les élèves trouvent également parmi les métropolitains provenant des divers régiments du 15[e] corps, d'Algérie et des colonies (légionnaires, etc.), une mine inépuisable de sujets d'observation et d'études. Aussi, sortant de l'École de Bordeaux avec un bagage psychiatrique déjà important, les officiers élèves trouvent-ils dans le service de clinique médico-légale psychiatrique les éléments nécessaires pour se perfectionner à un point de vue essentiellement pratique, militaire et colonial. La promotion, divisée en deux séries, assiste une fois par semaine, à tour de rôle pendant deux mois, à une polyclinique au cours de laquelle la présentation de cas particuliers est suivie d'une conférence sur un point d'ordre général. Les premières leçons, dans lesquelles on reconnaîtra l'empreinte du précieux enseignement de M. le professeur Simonin et de l'agrégé Chavigny du Val-de-Grâce, ont porté jusqu'à présent sur :

1° L'expertise psychiatrique en général dans l'armée. Les maladies mentales dans l'armée, en colonne, aux colonies et en campagne ;

2° Les procédés généraux applicables à l'examen de l'état mental. La simulation des troubles psychiques ;

3° Les débiles et les dégénérés dans l'armée ;

4° L'alcoolisme. La crise d'excitation motrice devant la justice militaire ;

5° Les fugues, les amnésies, l'épilepsie ;

6° Les états d'excitation et de dépression ;

7° Les psychoses hallucinatoires.

Une fois par semaine également, sous la direction du professeur de médecine légale, qui n'a eu qu'à continuer la voie si bien tracée par ses prédécesseurs, M. Reboul et M. Lasnet, la série en période d'instruction psychiatrique est conduite à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre. Là, le médecin en chef, M. Journiac, veut bien faire profiter les élèves de sa longue et profonde expérience en leur montrant les malades les plus typiques par groupements, soit de paralytiques généraux, soit d'excités, soit de déprimés, soit de délirants. Les aliénés indigènes d'origine sénégalaise, ceux ayant appartenu à l'armée coloniale ou à l'armée de mer retiennent plus particulièrement notre attention.

De plus, par périodes de cinq semaines et par roulement, quatre ou cinq élèves sont attachés tout spécialement au service du professeur de médecine légale à l'hôpital militaire, de façon à permettre à toute la promotion sans exception de se trouver en contact direct avec les malades, de prendre des observations, de rédiger des certificats.

Des interrogations, sanctionnées par des notes qui comptent dans le classement final, sont subies à la fin de chaque période de stage et une composition écrite sur un sujet de psychiatrie est faite par tous les élèves à l'examen semestriel et au concours de sortie de fin d'année.

Ainsi fonctionne, pour le mieux des résultats à obtenir en pratique ordinaire et courante de la médecine mentale aux colonies, un service psychiatrique dont tout l'honneur de l'organisation revient à M. l'inspecteur général du Service de santé colonial Grall et à la direction de l'École d'application.

Tous les élèves de l'École de Marseille connaîtront donc, comme le demande avec juste raison M. le professeur Régis, assez de psychiatrie pour suffire au diagnostic des délirants et au dépistage des déséquilibrés et des tarés de toutes classes et de toutes catégories, et parmi eux quelques-uns, après une campagne coloniale, pourront

se perfectionner et se spécialiser, de manière à pouvoir assurer dans les grands centres coloniaux, tant au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal, les différents services qui pourront leur être confiés.

2° Législation sur les Aliénés aux colonies.

Législation des Aliénés à Madagascar

Par M. le docteur Vital Robert
Médecin-major de 2e classe des troupes coloniales.

La législation des aliénés de Madagascar a été fixée lorsqu'il s'est agi d'interner des Européens ; la législation à appliquer aux aliénés a paru au *Journal officiel* de la colonie, à la date du 6 janvier 1912, en même temps que l'arrêté d'organisation du nouvel asile. C'est la loi de 1838 qui a été rendue applicable.

Jusqu'à cette date, ainsi qu'il est dit dans le rapport du professeur Régis, il n'était prévu aucune législation spéciale à appliquer aux indigènes.

L'asile d'Ambohidatrimo étant mixte et devant hospitaliser des Européens, il devenait nécessaire de fixer la législation. En droit, aux colonies comme en France, une seule loi est applicable aux aliénés européens, c'est la loi de 1838. Elle était, d'ailleurs, promulguée en fait, en même temps que toutes les autres lois françaises, antérieures à l'occupation (décrets du 28 décembre 1895 et 9 juin 1896), aussi a-t-elle été rendue exécutoire à la date du 6 janvier 1912. Comme elle s'adapte bien aux mœurs et aux lois et coutumes indigènes, il n'a pas été jugé nécessaire de demander pour eux un statut spécial.

Les aliénés, tant indigènes qu'Européens, sont donc régis conformément aux dispositions de la loi de 1838.

Dans la mise en pratique de cette loi, on ne s'est heurté à aucune grosse difficulté. Mais l'organisation administrative et financière de la colonie différant de celle de la métropole, il a fallu adapter la loi à cette organisation. C'est ainsi que les attributions dévolues aux préfets sont remplies par le gouverneur général. C'est le gouverneur général aussi qui a approuvé le règlement intérieur de l'établissement, qui nomme le directeur et le médecin en chef, ainsi que les membres de la commission de surveillance. Il est cer-

tain que, dans les colonies telles que l'Afrique occidentale, l'Afrique équatoriale, l'Indo-Chine, ces attributions diverses seraient remplies par les lieutenants-gouverneurs et le gouverneur général.

L'application de l'article 31, en ce qui concerne l'encaisse des sommes provenant, soit de la vente du mobilier du malade, soit des autres recouvrements, a nécessité aussi une interprétation particulière et le curateur aux biens vacants a été substitué au receveur prévu par la loi.

Les malades indigènes, qui jusque-là avaient été admis sur décision des administrateurs chefs de province, établie d'après un certificat médical, n'ont plus été placés à l'asile que sur arrêté d'internement pris par le gouverneur général.

L'asile ne reçoit aucun malade directement.

Les indigènes, en effet, soucieux d'être en règle avec l'administration, s'adressent toujours à elle lorsqu'il s'agit d'un acte réglé par une loi ou un arrêté. Aussi le placement volontaire d'un indigène à l'asile n'existe-t-il pas. La famille s'adresse toujours auparavant à l'administrateur de la région pour provoquer l'internement d'un de ses membres.

En attendant leur admission à l'asile, les aliénés indigènes, qu'ils doivent être placés d'office ou sur la demande des parents, sont momentanément hospitalisés dans les hôpitaux de l'assistance médicale indigène. Ils sont reçus dans ces formations sanitaires, soit sur réquisition, soit sur simple billet d'hôpital signés de l'administrateur chef du district ou de la province. Soumis à l'observation du médecin de l'hôpital, ils sont l'objet d'un certificat médical qui conclut ou non à leur internement. Dans le premier cas, le rapport médical est adressé par l'autorité administrative au gouverneur général qui statue ; au cas contraire, le malade est mis « exeat ».

S'il y a lieu à internement, le malade est transféré sur l'asile dès que l'ordre en est donné.

Il ne pourrait guère, d'ailleurs, en être autrement. L'asile est unique pour l'île ; s'il n'est pas éloigné de Tananarive, il est situé à plusieurs jours de route des autres provinces. Force est donc d'hospitaliser momentanément les aliénés dans les hôpitaux de l'assistance médicale indigène.

Il vaut mieux aussi qu'il en soit ainsi. Le placement volontaire fait à l'asile directement par la famille pourrait entraîner l'admission de simples délirants au cours d'une affection aiguë.

Pour les mêmes raisons, les malades européens, soit colons, soit fonctionnaires, soit militaires, séjournent tous, avant qu'in-

tervienne à leur sujet un arrêté d'internement, dans un des hôpitaux militaires de la colonie.

L'asile est administré par un directeur responsable, Européen, sous la surveillance d'une commission de cinq membres nommés par le gouverneur général. Cette commission exerce les pouvoirs qui lui sont dévolus par la loi de 1838, titre II, sect. II, art. 31, et par l'ordonnance royale de 1839, titre Ier, art. 2, 4, 5.

Le service médical est assuré, pour les aliénés indigènes, par un médecin indigène de colonisation, secondé par des infirmiers indigènes. Les soins aux Européens sont donnés par le médecin inspecteur de l'assistance médicale indigène de la province de Tananarive, secondé par des infirmiers européens.

Les attributions du personnel sont fixées par un règlement intérieur spécial. Ce règlement fixe les attributions du directeur, celles du médecin chef, celles du médecin traitant chargé du quartier des Européens, celles des infirmiers, celles des manœuvres. Il règle les conditions d'alimentation, de couchage, d'habillement, de blanchissage et nettoyage du linge, les bains, les visites aux malades, la correspondance des malades, leur travail, les formalités à remplir en cas de décès, suicide, meurtre.

En ce qui concerne les dépenses du service des aliénés, elles sont comprises dans le budget de l'assistance médicale indigène de la province de Tananarive. L'asile n'a pas un budget à part. Il est dans le cas des autres formations sanitaires de l'assistance médicale indigène. Le budget est alimenté en recettes par une taxe spéciale, dont le taux varie suivant les provinces (3 francs sur les hauts plateaux par homme âgé de plus de 16 ans, 1 à 2 francs dans les provinces côtières). Le produit de la taxe dans une province est affecté intégralement aux dépenses d'assistance de la province. Au produit de la taxe viennent s'ajouter d'autres recettes (produits du remboursement des journées d'hospitalisation au compte d'autres provinces, de cession de médicaments à des particuliers, etc.). Toutes ces recettes sont confondues en un chapitre unique. Les dépenses, elles, sont détaillées par formation sanitaire et par article ; elles sont réglées à la caisse du comptable de l'assistance de la province. Aucune formation sanitaire n'a donc de recettes qui lui soient attribuées en propre et par suite aucune n'a de caisse.

L'asile ne possède donc ni caisse, ni receveur. Les sommes prévues à l'art. 31 de la loi du 1838, provenant soit de la vente du mobilier, soit des autres recouvrements, les sommes dues à l'aliéné sont remises au curateur aux biens vacants.

3° Établissements spéciaux pour aliénés aux colonies. Système général d'assistance psychiatrique à adopter.

M. le docteur Grall (médecin-inspecteur général du service de santé des colonies). — L'hospitalisation et le traitement des aliénés aux colonies doit s'envisager à un double point de vue :

Celui des soins à donner aux indigènes et aux indigénisés ;

Celui des mesures à prendre vis-à-vis des Européens qui n'y sont que de passage.

S'il est déplorable de déraciner les indigènes pour les diriger sur des établissements de traitement dans la métropole, dans un milieu qui, forcément, leur semble hostile du fait des circonstances climatériques, du régime, du voisinage avec un personnel qui ne comprend ni leur langue, ni leurs mœurs, du fait de leur isolement loin des leurs, il serait aussi mauvais de condamner au maintien, sous un climat fatigant et dépressif, les malades européens.

Par suite, une double réalisation s'impose :

1° Celle de la création et du fonctionnement sur place, dans nos colonies de peuplement et même dans nos grandes possessions, d'établissements analogues à ceux de la métropole, mais où le confortable réalisé soit celui qui s'adapte aux mœurs et habitudes des indigènes. En Afrique, à Madagascar, en Indo-Chine, ces établissements doivent prendre l'aspect et recevoir l'organisation des établissements agricoles. Au reste, les résultats obtenus à Madagascar constituent un modèle du genre et la communication de M. le docteur Robert permettra aux congressistes de se rendre compte du but poursuivi et des moyens employés pour l'obtenir. On peut être assuré que, dans un avenir prochain, le même résultat sera atteint en Afrique occidentale, en Afrique équatoriale et en Indo-Chine.

Un docteur en médecine de nos facultés, préparé par ses études antérieures, exercera la direction de ces asiles. Il lui sera adjoint un personnel d'infirmiers et d'infirmières indigènes dont l'éducation professionnelle est facile et qui se montre toujours, vis-à-vis de ces débiles d'esprit, d'une douceur et d'une bonté que l'on souhaiterait toujours rencontrer chez les auxiliaires européens.

2° Pour les Européens, il ne peut être question que de locaux d'attente et de premiers soins ; dès que possible, ces malades doivent être rapatriés. Les chartes-parties récemment signées pré-

voient l'obligation, pour les Compagnies de navigation, d'aménager à bord des cellules spéciales pour l'isolement des aliénés au cours de la traversée. Un personnel adapté est embarqué avec ces malades en vue des soins particuliers que nécessite leur état. On est, par suite, en droit d'affirmer que les inconvénients signalés antérieurement ne se reproduiront plus dans l'avenir.

M. Blanc, secrétaire général du gouvernement tunisien, indique les difficultés d'ordre budgétaire et social qui font retarder à Tunis la création d'un asile d'aliénés. Il préconise l'établissement d'un asile musulman et d'un asile israélite distincts et signale un décret en préparation permettant le maintien légal des malades en observation dans le pavillon actuel des nerveux, à l'Hôpital civil français.

M. Porot (de Tunis). — Je voudrais dire un mot au sujet des déclarations de M. le médecin inspecteur général Grall. Sa formule de l'assistance des aliénés aux colonies est des plus simples : les indigènes seront soignés et gardés sur place ; les Européens seront tous rapatriés, dès que possible. Il a parlé au nom de nos possessions de l'Afrique occidentale et équatoriale, de l'Indo-Chine et de Madagascar. Le rapatriement de tous les Européens tombés malades dans ces colonies lointaines et rudes est assurément un *desideratum* auquel tout le monde doit souscrire.

Mais pour l'Afrique du Nord (qu'il n'a pas envisagée du reste), le second terme de sa formule serait trop rigoureux. Ériger en principe absolu le rapatriement de tous les aliénés européens serait une erreur. Le rapatriement ne peut pas se faire *en tous temps, en tous lieux et dans tous les cas*. Il faut compter avec les contingences locales, climatériques et sociales. Beaucoup de Français d'Algérie et de Tunisie sont tellement *adaptés* au climat, après un certain nombre d'années de séjour, que l'on voit couramment ces néo-Africains souffrir du retour en France et, poussés par la nostalgie du soleil et de la lumière, revenir à ce sol qui leur a donné une nouvelle physiologie ; le grand nombre de fonctionnaires ou de militaires qui restent et se fixent en Algérie ou en Tunisie, une fois l'heure de la retraite sonnée pour eux, en est un éclatant témoignage. Si l'on ajoute que pour un certain nombre, la souche française est enracinée depuis plusieurs générations, — il y a déjà une troisième et une quatrième génération de Français en Algérie, une deuxième en Tunisie, — et qu'elle y a pris des caractères secondaires indélébiles, on comprendra que le retour en France ne soit pas toujours une mesure heureuse au point de vue médical.

Faut-il rappeler qu'il y a parfois, souvent même, derrière l'altération mentale, une atteinte physique, une déchéance organique suffisamment caractérisées pour qu'on ne l'aggrave pas des fatigues d'un pénible voyage et d'une modification profonde aux conditions d'un équilibre de santé générale déjà précaire. C'est pour avoir vu des malades envoyés à l'asile de Marseille succomber rapidement peu après leur arrivée en France que je m'élève contre la généralisation d'une telle mesure.

Il y a sans doute quelques malades dont la faillite cérébrale a été aidée par l'exil hors de France et la lutte pour la vie en terre étrangère ; mais il y en a d'autres bien acclimatés auxquels le rejet en France ajoute les désastreux effets du déclimatement.

Et si l'on veut enfin ajouter à ces condidérations médicales d'autres considérations d'ordre social, — une famille qui voit la mer séparer pour longtemps, pour toujours un des siens, — des intérêts de tous ordres pour lesquels quelques malades gardent encore un certain attachement, — on verra qu'un bon nombre

d'objections se dressent encore contre le rapatriement systématique des aliénés européens.

Pour beaucoup de ces malades algériens et tunisiens, le *rapatriement* est donc un *exil* avec toutes ses conséquences, physiques, morales et sociales.

Aussi faut-il laisser au médecin une certaine latitude dans l'envoi des malades en France. Beaucoup se trouveront mieux d'être gardés et traités sur place.

Je ne doute pas qu'un jour prochain, l'Algérie sera en mesure d'hospitaliser les siens.

Le gouvernement tunisien envisage la nécessité d'asiles pour indigènes : un pour les musulmans, un pour les israélites. J'aime à croire qu'il se rendra compte de l'intérêt — même administratif — qu'il y aurait à juxtaposer ces deux organisations, à les jumeller en quelque sorte. Le point de vue médical et scientifique ne peut conclure à une autre solution. Quelle objection pourrait-on faire alors à la création à côté d'elles d'une petite section pour Européens? Des cloisons étanches, soit ; mais qu'elles soient mitoyennes dans un même groupement, pour la bonne harmonie et le bon rendement médicaux et pour la simplification du contrôle administratif.

M. le docteur G. Martin (Marseille). — En Afrique équatoriale française, M. le gouverneur général Merlin a prévu auprès de toutes les formations sanitaires la création d'un camp de ségrégation pour les trypanosomiasés.

Il serait facile d'établir dans ces villages d'isolement un quartier spécial pour les déments où un nombre de gardiens suffisant empêcherait les évasions et les actes de violence.

Dans ce même quartier, pourrait être construit un petit pavillon composé de cellules qui serait spécialement aménagé pour les trypanosomiasés dangereux ou ambulomanes.

La proximité du village général permettrait aux convalescents, aux délirants chroniques qui ont de longues périodes de calme pendant lesquelles ils sont inoffensifs, de vivre au camp de la vie normale, parmi leurs amis. Facilement surveillés, ils pourraient être internés de nouveau en cas d'aggravation de leur état.

M. Régis, rapporteur (pour MM. Lwoff et Sérieux). — Vous connaissez, messieurs, les études faites par MM. Lwoff et P. Sérieux sur la situation des aliénés au Maroc. M. Regnault, ministre de France à Tanger, apprécie en ces termes les résultats de leurs recherches :

« Les docteurs Lwoff et Sérieux ont poursuivi une enquête très approfondie au Maroc, et leur mission aboutira, j'en ai l'assurance, à l'organisation d'une assistance médicale appropriée aux aliénés indigènes. »

La réalisation du projet de nos collègues nécessitera des efforts persévérants et mérite les encouragements de ceux qui s'intéressent à l'assistance des aliénés et à l'influence française. Aussi proposons-nous au Congrès d'appuyer avec sa haute autorité l'œuvre d'assistance entreprise par MM. Lwoff et Sérieux, en émettant le vœu suivant :

Le Congrès, estimant que dans un pays aussi vaste que le Maroc, le manque d'hôpitaux pour aliénés est non seulement préjudiciable aux malades indigènes et européens, mais constitue encore un danger social, émet le vœu que le projet d'assistance des aliénés de MM. Lwoff et Sérieux soit inscrit parmi les réformes à réaliser par notre pays.

M. le docteur Vital-Robert (Madagascar). — L'asile d'Ambohidatrimo (Madagascar), ouvert le 6 janvier 1912, a été dès l'inauguration insuffisant. Il s'est produit pour cet établissement ce que le professeur Régis avait prévu et qu'il a fait ressortir dans son rapport : « Nous nous permettrons simplement

d'insister, dit-il, sur la nécessité de faire trop grand et trop ample quand on construit un asile d'aliénés, parce qu'il devient fatalement et rapidement trop exigu et trop étroit. »

L'asile a été, dès le début, encombré. La place réservée aux malades aigus a été insuffisante. En outre, le quartier des Européens est trop rapproché du quartier des indigènes. Il y a donc lieu de modifier le plan primitif, en augmentant le nombre des pavillons, de façon à pouvoir mieux séparer les malades par catégories. « Il est nécessaire, ainsi que le dit le professeur Régis, non seulement d'assister les aliénés chroniques, mais de poursuivre, comme dans les colonies anglaises, l'assistance précoce des aliénés aigus qui, bien conduite, peut aboutir si souvent à la guérison. »

C'est en vue de l'assistance précoce des aliénés aigus qu'il serait aussi nécessaire d'aménager dans les hôpitaux de l'assistance médicale indigène un petit pavillon pour délirants. Ainsi que je l'ai dit, à propos de la législation des aliénés, à Madagascar, le délirant, avant d'entrer à l'asile, est toujours hospitalisé dans une des formations sanitaires de l'assistance. Mais celles-ci ne sont pas organisées en vue de l'hospitalisation d'un tel malade. Il y a là une lacune à combler.

M. le docteur Manheimer-Gommès (Paris). — La construction d'asiles coloniaux est indispensable. Mais on devrait recourir accessoirement à l'assistance familiale, soit chez des nourriciers, qu'il serait aisé de former, puisque les noirs deviennent d'excellents infirmiers, soit, à défaut, chez les malades eux-mêmes. On peut dire des grands asiles ce qu'on a dit récemment des hôpitaux, au conseil supérieur de l'Indo-Chine, et ce qu'approuve le *Courrier d'Haïphong* (17 décembre 1911). Si les hôpitaux rendent d'immenses services, seuls peuvent s'y adresser les habitants des villages voisins du chef-lieu de la province, où est généralement situé l'hôpital, et encore n'y en a-t-il pas un par province. Ainsi, les provinces du Delta, pour parler de l'Indo-Chine, sont relativement favorisées sur ce point ; mais il n'est pas rare de trouver, dans les régions montagneuses, des villages perdus à 15 ou 20 jours de route du chef-lieu. Ce sont donc surtout les tournées d'inspection médicale qui rendent d'immenses services. Or, ce qui est vrai pour le traitement des cholériques et des pesteux l'est également pour un très grand nombre de vésaniques. L'assistance aux aliénés pourrait être annexée aux tournées des médecins d'inspection générale, à défaut de psychiatres. Des notions de psychiatrie leur sont d'ailleurs indispensables. D'autre part, on pourrait s'aider, dans certains villages, de la construction de paillotes servant de pavillons d'isolement.

Cette méthode a le défaut de ne pas faire d'effet, de ne pas flatter les amateurs de grandiose. Mais elle est économique et pratique, puisque immédiatement applicable. Il siérait d'en faire une œuvre essentiellement éducative (lutte contre l'alcoolisme, les préjugés relatifs aux aliénés, etc...), du même coup, des plus utiles aux populations.

4° Personnel médical des asiles d'aliénés aux colonies : européen, indigène.

Pas de discussion.

5° Personnel secondaire.

M. le docteur Vital-Robert. — A l'asile d'aliénés de Madagascar, on a utilisé le plus possible le personnel indigène. Ce personnel comprend :

1° Le médecin en chef chargé du quartier des indigènes ;

2° Des infirmiers et des infirmières ;

3° Des manœuvres.

Médecin en chef. — Le médecin en chef est un médecin indigène de colonisation. Les médecins sont recrutés, au concours, parmi les médecins diplômés de l'école de médecine de Tananarive. Cette école produit d'excellents praticiens. Le médecin actuel de l'asile, Rabé (Paul), est très bon observateur, très sérieux, instruit, désireux de se perfectionner et s'intéressant beaucoup aux aliénés.

Personnel infirmier. — Les infirmiers et les infirmières indigènes sont pris parmi le personnel de l'assistance médicale indigène de la province de Tananarive. Ce dernier est recruté parmi les indigènes, âgés de 18 ans au moins, de bonne moralité, pourvus d'une bonne instruction primaire, comprenant et parlant le français. Le Malgache, par ses qualités de patience, de douceur, par son intelligence, est un excellent infirmier d'asile qui s'intéresse aux malades et est pour le médecin un excellent collaborateur.

Malgré ces réelles qualités, on ne peut cependant songer à lui confier la surveillance des malades européens. L'aliéné européen, en effet, a de l'aversion pour l'indigène. En outre, l'indigène auprès de l'Européen perd son assurance et n'a plus aucune autorité.

Aussi la surveillance des Européens est-elle confiée à des infirmiers européens qui sont pris parmi les infirmiers militaires des troupes coloniales et détachés à l'asile en nombre variable, suivant les besoins du service.

Manœuvres. — Employés aux services généraux, parfois comme surveillants auxiliaires ou surveillants des travaux, ils sont plus frustes que les infirmiers, mais forment cependant un bon personnel.

En somme, on ne peut que se louer à Madagascar de l'utilisation de l'élément indigène.

M. le docteur Cazanove, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales. — Mon excellent camarade Vital-Robert vient de vous parler du personnel secondaire indigène que l'on pouvait recruter à Madagascar.

Il vous en a dit les qualités.

Elles peuvent parfaitement s'appliquer au personnel indigène de l'Afrique occidentale française.

Mais je voudrais ici signaler une particularité qui a son importance. Les indigènes de l'Afrique occidentale française établissent des relations entre la folie et la divinité. Ils ont donc tendance à traiter les fous avec le respect ou la crainte inhérents aux choses divines. Ils les considèrent soit comme des individus sacrés, soit comme des malheureux frappés par un dieu malfaisant.

Ainsi, en dehors de leurs qualités naturelles, dont les principales sont la patience et la douceur, ils mettent en jeu, avec cette conception de la folie, deux sentiments d'une haute importance dans le traitement des aliénés, la compassion et le respect.

Cette compassion et ce respect sont tels, que nous pouvons affirmer ici qu'aucun personnel spécial n'est nécessaire pour les aliénées femmes.

Le personnel indigène homme saura s'acquitter à merveille de cette tâche.

M. le docteur G. Martin (Marseille). — Dans ma note sur l'assistance

des aliénés en Afrique équatoriale française, je signalais la patience et la douceur avec lesquelles les auxiliaires noirs traitaient les aliénés.

Je pourrais citer en outre, à ce sujet, des traits de savoir-faire des infirmiers indigènes.

Un de nos agents sanitaires savait parfaitement reconnaître les signes cliniques de la maladie du sommeil. Il nous amenait au laboratoire les individus d'allure spéciale errant au marché ou à travers la ville parmi lesquels nous trouvions beaucoup d'infectés. Un de nos infirmiers non seulement portait le diagnostic, mais savait aussi pratiquer la ponction ganglionnaire. Il examinait au microscope le suc lymphatique, le sang. Il y décelait la présence de parasites. C'est lui qui, à l'école indigène de Brazzaville, rencontrant un camarade se prétendant très intelligent, plus savant que le professeur, nous le signala d'après ses idées mégalomaniaques comme probablement malade. Celui-ci était en effet trypanosomiasé.

Donc, nous ne doutons pas que des infirmiers noirs n'arrivent à acquérir, avec une instruction élémentaire, le tact nécessaire pour supporter les manières des aliénés et pour savoir ménager leurs conceptions et leurs illusions. Sous la direction d'un Européen, car on ne doit jamais cesser de contrôler les aides indigènes, ils feront d'excellents surveillants.

6° Transport des aliénés indigènes dans les Asiles métropolitains.

Docteur Levet, médecin en chef de l'asile de la Charité (Nièvre). — L'exportation des aliénés indigènes n'est possible que parce que, en France, il existe des asiles qui reçoivent ces malades.

Si les pouvoirs publics devaient s'opposer à cette exportation, ils ne devraient pas non plus tolérer l'importation. Ces termes commerciaux d'exportation et d'importation sont bien de mise en l'espèce, car les établissements métropolitains, publics ou privés, qui reçoivent ces malades n'obéissent qu'à des considérations budgétaires. Il y a longtemps que le corps médical de ces asiles a signalé l'inconvénient double de ces actes administratifs, tant au point de vue des aliénés indigènes transportés que des psychopathes métropolitains, hôtes normaux de ces établissements. En ce qui concerne les premiers, il suffit, après avoir été médecin d'un de ces asiles, de visiter la Tekia, pour se rendre compte combien la situation des claustrés de cette œuvre d'assistance indigène, quelque imparfaite qu'elle paraisse au point de vue de la thérapeutique des maladies mentales, est supérieure à celle des indigènes déportés dans un asile métropolitain.

Comme il existe des traités en cours entre des asiles ou des départements de la métropole d'une part et des colonies d'autre part, une mesure brutale est juridiquement et administrativement impossible, et ce serait utopique de la réclamer ; mais il semble que les pouvoirs publics de la métropole sont suffisamment armés pour s'opposer dans la plupart des cas au renouvellement de ces traités en ce qui concerne les aliénés indigènes.

7° Rapatriement des aliénés européens.

Docteur Desourteaux (Bordeaux). — Une installation réalisant les conditions nécessaires et suffisantes pour assurer d'une manière convenable le rapatriement en France des aliénés coloniaux ne peut être actuellement qu'une simple vue de l'esprit.

On se heurte à des difficultés d'ordre financier trop grandes pour voir réaliser les nouvelles charges que nous voudrions voir imposer à un armement.

Les navires, aussi bien voiliers que vapeurs, cargos que malles postales, n'ont, évidemment, de par leurs fonctions, qu'un seul but, faire le plus de fret possible avec un minimum de frais. La condition essentielle pour remplir ce programme est donc de loger le plus de choses possible (marchandises et passagers) dans l'espace le plus restreint. Les capitaines négriers l'avaient fort bien compris et malgré la loi de 1896 visant la médecine sanitaire maritime, nous n'avons pas fait beaucoup de progrès depuis. Il faut avoir navigué soi-même pour s'en rendre compte et pour voir combien, malgré les nombreuses commissions de surveillance, d'émigration, d'immigration, d'hygiène, etc., il est facile de tourner la loi. Un exemple suffira. On a pu voir, en effet, dans des faux ponts aménagés pour l'émigration, où il est défendu d'avoir plus de deux couchettes, l'une superposée à l'autre, interposer, quand le besoin s'en fait sentir, une troisième couchette, laquelle, non installée au départ, sera montée à la mer pour être finalement démontée à l'arrivée.

On est en droit de se demander ce qui peut arriver quand, au lieu de passagers bien portants et capables de faire entendre une réclamation appuyée par une voix autorisée par la raison, on a affaire à de malheureux aliénés.

L'aliéné sera naturellement séquestré dans le coin le plus obscur, le plus éloigné, le moins commode, en un mot, dans le local qui lui conviendra le moins. Aussi le remède à proposer est-il d'un ordre un peu spéculatif.

Cependant, en essayant de concilier un peu tous ces intérêts si différents, nous croyons qu'on pourrait procéder de la façon suivante :

1° Obliger les différentes Compagnies de navigation qui desservent nos colonies à avoir, non pas sur tous leurs navires, ce qui est impossible, mais sur quelques types, deux par exemple pour une ligne comme celle de l'Indo-Chine et un pour celle de Madagascar, à avoir des locaux, *cabines sur le pont*, matelassées, aérées et de préférence à l'arrière, parce que plus facilement isolables — condition essentielle. Le nombre de ces cabines serait déterminé par la moyenne des évacuations pour troubles mentaux depuis X temps, chiffre qui serait fourni par les statistiques des différentes colonies. Un infirmier de carrière, *ayant passé par les asiles*, assurerait le service d'exploitation et de garde et ne pourrait être, en aucune façon, distrait de ces fonctions.

2° Obliger les directions de santé à n'évacuer leurs aliénés qu'à dates fixes, — deux fois par an, par exemple, — lors du passage d'un des navires spécialement aménagé, et non de les éliminer au hasard des réunions des commissions de santé et au passage de n'importe quel navire.

Ainsi, sans faire un navire-asile et sans obliger tous les bateaux à avoir des locaux spéciaux tenant beaucoup de place et souvent inutilisés, par le fait d'évacuer par petites caravanes, à date fixe, sur des bateaux avec aménagement spécial, le rapatriement des aliénés s'effectuerait dans des conditions meilleures. On éviterait de la sorte le douloureux spectacle de voir séquestrés dans des locaux étouffants, ou bien camisolés sur le pont, de malheureux malades aussi dignes d'intérêt que ceux qui nous occupent.

M. le médecin-inspecteur général Grall. — Le progrès réclamé est déjà réalisé par un contrat passé avec les Messageries maritimes. Il existe un

bateau mensuel pour assurer ce service ; il possède deux cabines à cet usage. Il est prévu, d'autre part, que le commandant doit, en cas de besoin, aménager des cabines de fortune.

8° La Folie dans les troupes coloniales. Son assistance.

Docteur Gustave MARTIN (Marseille). — L'armée de métier qu'est l'armée coloniale fournit, pour les raisons indiquées par M. le professeur Régis et M. le médecin principal Reboul au chapitre II de leur lumineux rapport, un chiffre important d'aliénés, leur moyenne « étant supérieure non seulement à la moyenne dans l'armée métropolitaine en général, mais aussi à la moyenne dans les bataillons d'Afrique et dans les prisons, pénitenciers et ateliers de travaux publics. » Les dégénérés, les engagés dont la majeure partie sont des prédisposés, sont, en effet, nombreux dans l'armée coloniale, et les prédispositions psychopathiques sont aggravées et mises en action par l'influence du climat, les maladies exotiques, les fatigues des colonnes, les conflits armés, et l'alcoolisme (1).

A la statistique générale de notre maître de Bordeaux relative aux maladies du système nerveux et des différentes formes d'aliénation mentale dans les troupes coloniales, nous pouvons ajouter la statistique officielle suivante des suicides, qui n'est pas sans avoir aussi son importance :

1903. Aux colonies :

Troupes européennes :

Tentatives de suicide	9
Suicides (dont 20 en Annam-Tonkin)	38

Troupes indigènes :

Tentatives de suicide	3
Suicides	12

En France (troupes européennes). Nombre de suicides et tentatives de suicide : 25 dont 21 suivis de décès.

Mortalité : de 0,87 pour 100 en 1903.
— 0,77 pour 100 en 1902.
— 0,56 pour 100 en 1901.

1904. Suicides : en France (troupes européennes) : 29 dont 12 tentatives non suivies de décès. Mortalité, 0,76 pour 100.

« La proportion des suicides est quatre fois plus forte que dans les troupes métropolitaines (intérieur) et près de deux fois plus forte que dans les troupes d'Algérie. On peut sans doute invoquer les tares mentales. Les faits d'indiscipline confinant presque à des actes de folie qui se produisent parfois dans nos

---

(1) Voir aussi, à ce sujet : ANTHEAUME et MIGNOT, *les Maladies mentales dans l'armée française*, 1909 ; CAVASSE, les Dégénérés dans l'armée coloniale, *Thèse de Bordeaux*, 1903 ; JOURDIN, De la valeur physique et morale des engagés volontaires, *Caducée*, 18 avril 1903 ; CAZENEUVE, Engagements volontaires et dégénérescence mentale, *Thèse de Lyon*, 1905 ; SIMONIN, les Dégénérés dans l'armée, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1908 ; GRANJUX, le Rendement des engagés volontaires, *Caducée*, avril 1909-février 1907 ; JUDE, *les Dégénérés dans les bataillons d'Afrique*, Vannes, Le Beau, 1907 ; Mentalité personnelle et mentalité acquise des soldats du bataillon d'Afrique, *Caducée*, 1909.

régiments coloniaux, viennent à l'appui de cette assertion. » (Statistique officielle des troupes coloniales.)

Aux colonies, les tentatives de suicide ont atteint dans les troupes européennes le chiffre de 12 ayant déterminé 8 décès, mais ces chiffres ne concernent que les hommes ayant été admis dans les formations sanitaires. Le nombre des décès déterminés par les tentatives de suicide a été en effet beaucoup plus grand, 28 dont 14 pour l'Annam-Tonkin.

Dans les troupes indigènes, 14 décès sont dus à des suicides. La statistique porte en outre 9 tentatives de suicide ayant amené 5 décès.

1905. En France, le nombre des suicides ou tentatives de suicide a été de 23, dont 15 suivis de décès. Mortalité, 0,70 pour 1000.

Les suicides représentent 9,03 pour 100 de la mortalité totale.

Aux colonies, dans les troupes européennes, 15 tentatives de suicide ayant déterminé 4 décès. En dehors des formations sanitaires, 27 décès dont 10 concernant l'Annam-Tonkin sont dus à cette cause.

Dans les troupes indigènes, les tentatives ont atteint le chiffre de 8 ayant déterminé 2 décès. En dehors de ces cas, on trouve à la statistique 16 décès dus aux suicides.

1906. En France : 5 suicides ou tentatives dont 4 suivis de décès ; mortalité : 0,18 pour 100.

Aux colonies, dans les troupes européennes, il y a eu 10 entrées dans les formations sanitaires pour tentatives de suicide et 16 décès, dont 9, survenus dans les formations sanitaires, sont dus à cette cause.

Dans les troupes indigènes, les tentatives de suicide ont occasionné 10 entrées à l'infirmerie ou à l'hôpital. Aucune d'elles n'a entraîné la mort, mais il est survenu 10 décès pour cette cause en dehors des formations sanitaires.

1907. En France, le nombre de suicides ou tentatives de suicide a été de 37, dont 24 suivis de décès ; la mortalité est de 0,88 pour 1000 hommes d'effectif. Les suicides représentent 11,05 pour 1 000 de la mortalité totale. Les proportions sont environ six fois plus fortes que dans l'armée métropolitaine à l'intérieur et trois fois plus fortes qu'en Algérie.

Aux colonies, il y a eu 13 entrées d'Européens dans les formations hospitalières pour tentatives de suicide, et 10 décès sont survenus pour cette cause.

Dans les troupes indigènes, on a signalé 13 entrées et 5 décès.

1908. En France, le nombre de tentatives de suicide a été de 8 dont 4 suivies de décès. La mortalité est de 0,16 pour 10 000.

Aux colonies, dans les troupes européennes, on a enregistré 7 suicides, dont 5 par coups de feu, 1 par pendaison, 1 par empoisonnement.

Dans les troupes indigènes, il y a eu 6 suicides, dont 5 par coups de feu, 1 par pendaison. On a signalé en outre trois tentatives de suicide par coups de feu.

M. le docteur Cazanove. — Nous voudrions essayer de condenser ici, en quelques paragraphes, cette question de la folie dans les troupes coloniales.

I. — Plus grand nombre d'aliénés dans les troupes coloniales

Le recrutement dans l'armée coloniale se fait :

1° Par appel (soldats destinés à compléter les cadres et qui ne vont jamais aux colonies) ;

2° Par engagement et rengagement (soldats qui vont aux colonies). Donc, nous pouvons dire qu'en réalité, aux colonies, nous nous trouvons en présence, *uniquement*, d'engagés et de rengagés.

Or, on a depuis longtemps démontré, comme le rappellent MM. Régis et Reboul, que la fréquence des maladies mentales dans un corps de troupe est proportionnelle au nombre des engagés volontaires qu'il contient.

Par son recrutement d'engagés, l'armée coloniale, peut-on dire, condense cette proportion.

II. — Différentes sortes d'engagement

1° *Engagement voulu par l'individu.* — Il s'agit de sujets à nature changeante et mobile ; d'humeur maladive et voyageuse ; qui commencent tout et ne finissent rien. Ils ont occupé toutes sortes de professions sans jamais réussir à rien et s'engagent après de multiples échecs.

Ils portent leur choix sur la vie coloniale, à cause du mystère qu'elle renferme, de l'attrait qu'ils attribuent à cette existence, après la lecture de multiples livres d'aventures.

2° *Engagement non voulu par l'individu.* — Sujets dont l'inconduite a lassé la famille, qui s'en débarrasse par persuasion ou par force, en les faisant engager (engagements involontaires de Régis).

L'armée coloniale est alors choisie parce que cette existence paraît à la fois plus salutaire et plus dangereuse. Le mauvais sujet se relèvera avec plus d'éclat ou aura plus de chances de disparaître.

3° *Appât de la prime.* — Sujets aussi « pervers » que ceux des deux catégories précédentes, mais avec — au moins au début — la bonne volonté en moins.

III. — Éclosion plus rapide et plus violente des troubles mentaux aux colonies

Elle est due :

1° A la vie coloniale elle-même, surtout à la vie de poste régulière, monotone, souvent faite de privations, à la fatigue qu'elle entraîne, et, en cas de conflit armé, à cet état de tension continue qu'elle impose ;

2° A l'influence des maladies exotiques, notamment au paludisme et à l'insolation ;

3° A l'appoint de l'alcoolisme ou des autres poisons exotiques.

IV. — Dangers plus grands causés aux colonies par les individus atteints de troubles mentaux

1° *Danger militaire.* — Ces individus constituent un danger pour les chefs, soit qu'ils se livrent directement contre eux à des violences, soit qu'ils exécutent mal leurs ordres dans des occasions dangereuses.

Ils constituent un danger pour tous, en n'accomplissant pas dans les conditions voulues la mission de confiance qui leur incombe, en abandonnant leur faction ou leur garde dans un pays ennemi.

2° *Danger collectif.* — Par la facilité de la contagion aux colonies ; par le mauvais exemple qu'ils donnent à leurs camarades.

3° *Danger administratif.* — En donnant aux indigènes, par leur indiscipline, leur négligence, leurs révoltes, l'idée la plus inférieure et la plus lamentable de l'Européen, surtout du respect d'un soldat pour ses chefs.

C'est en outre parmi ces sujets atteints de troubles mentaux que se recrutent les individus qui terrorisent le plus l'indigène, donnant libre cours à leurs accès de satisfactions brutales, se livrant au pillage, au viol, au vol, à des abus de force, et cela exécuté avec l'absence la plus complète de toute pitié.

V. — Conclusion

Plus encore que dans l'armée métropolitaine, on a donc le droit, dans l'armée coloniale, de demander, avant l'incorporation, un examen mental sérieux, d'autant plus qu'il s'agit d'engagés, que l'on a, en somme, un choix à faire.

Une fois aux colonies, il convient de mettre à la disposition des médecins

militaires des moyens et des ressources qui leur permettront de traiter ces hommes, ou de les éliminer par une évacuation rapide sur la France.

M. le médecin principal Simonin, professeur au Val-de-Grâce. — Il y a lieu de se préoccuper également d'assurer l'*assistance psychiatrique dans les corps expéditionnaires* envoyés aux colonies. On sait qu'en temps de guerre on observe certaines formes de psychoses aiguës, curables par l'isolement et le repos, qui ne nécessitent pas le rapatriement. Ce sont, en général, des états confusionnels dépressifs, plus fréquents chez les prédisposés, et qui relèvent soit des émotions multiples de la guerre (psychoses de choc), soit de l'auto-intoxication par surmenage et insuffisance alimentaire (psychoses d'épuisement de Saporito). Ces formes aiguës et passagères seront isolées dans une ou plusieurs ambulances immobilisées et isolées, installées comme les anciens hôpitaux de campagne à destination des contagieux. Quant aux psychoses caractérisées (démence précoce, paralysies générales, etc...), développées sous l'influence de la guerre, elles nécessiteront l'évacuation à grande distance, effectuée d'abord par des trains ou des voitures spécialement aménagés pour pratiquer, au besoin, l'isolement cellulaire, puis ensuite par des navires munis de cabines répondant aux mêmes besoins. Il y a lieu également dans les prévisions de mobilisation partielle ou générale, *car il convient d'étendre et de généraliser cette question*, de songer à affecter un personnel idoine au fonctionnement de ces formations sanitaires et de ces convois d'évacuation. Ce personnel, dans l'armée active comme dans les armées de seconde ligne, sera composé de médecins psychiatres et d'infirmiers dressés au maniement des aliénés. Il sera facile de trouver dans le personnel des asiles et des maisons dites de santé, dont le nombre croît de jour en jour, les médecins et les infirmiers nécessaires ; mais ce qui est urgent, c'est d'en opérer, dès le temps de paix, le recensement général et de prévoir ces emplois spéciaux dans le travail de répartition de la mobilisation pour ne pas être surpris, sans défense, par une masse de cas d'aliénation aiguë provoquant, tout à coup, dans les ambulances ou sur les lignes d'évacuation, les plus grosses difficultés, comme cela a été observé au début de la guerre russo-japonaise.

9° La folie chez les indigènes. Préjugés et coutumes, formes morbides.

M. Cazanove. — *Quelques considérations sur la folie des indigènes de l'Afrique occidentale française.* — Toutes les manifestations psycho-pathologiques des indigènes de l'Afrique occidentale française nous montrent un même mécanisme producteur : la conjugaison des mentalités primitives avec un élément psychologique se manifestant toujours avec la plus grande importance dans la première évolution des sociétés, le sentiment religieux.

a) *Diables et divinités malfaisants.* — A la base de toutes les maladies, et plus particulièrement, cela va sans dire, de la folie, se trouvent donc les diables, les divinités malfaisantes.

Ces diables étaient auparavant des dieux protecteurs. Les premiers occupants du sol avaient institué en leur honneur un culte florissant. Mais des noirs envahisseurs, après des guerres cruelles, se sont emparés du pays et ont fait disparaître ces fidèles serviteurs des dieux.

Dès lors, les divinités sont devenues malfaisantes et méchantes ; elles ont fait alliance avec le premier propriétaire du sol pour se venger de l'abandon

où elles se trouvent maintenant. Elles jettent des sorts, causent des accidents, produisent la maladie et la mort. Quelquefois le maître primitif a maudit le sol et sa divinité protectrice rend celui-ci improductif aux peuples accourus...

La conséquence la plus curieuse de cet état d'esprit est que l'on peut voir des races conquérantes, le plus souvent musulmanes, faire chaque année, lors des grands événements agricoles, des sacrifices aux dieux anciens, afin d'attirer leur protection sur les semailles, les cultures et les récoltes.

Ces coutumes semblent d'ailleurs encore indiquer une notion bien établie du droit de propriété...

Je ne décrirai pas ici les sacrifices faits en l'honneur de ces divinités.

Mais il convient de remarquer que les prêtres et les serviteurs de ces dieux sont toujours des gens de caste.

Dans certaines races de l'Afrique occidentale française la société se divise en classes et castes.

Les classes comprennent par exemple le riche, le pauvre, l'esclave.

Les castes sont généralement le signe de fonctions spéciales : forgerons, tisserands, griots, cordonniers.

Ce sont les hommes de ces castes, notamment de celles plus redoutées des griots et des forgerons, qui sont chargés des sacrifices. Il est inutile d'ajouter combien ces derniers savent exploiter la superstition des occupants actuels en réclamant sans cesse des sacrifices qu'ils ont seuls le droit de déterminer et d'accomplir.

b) *Les sorciers et la lycanthropie.* — Ces mêmes hommes de castes possèdent encore avec les vieilles femmes (surtout celles qui n'ont pas eu d'enfants) la propriété de devenir des sorciers.

Lorsque la nuit est venue, les sorciers jettent des sorts, préparent des maléfices et ont la propriété de se transformer en animaux.

Ils peuvent prodiguer la mort autour d'eux, savent l'usage des divers poisons et pratiquent même l'envoûtement.

Ils font venir la pluie, prédisent l'avenir et leurs enchantements atteignent les hommes, les animaux et les plantes.

Nous ne décrirons pas les diverses pratiques employées.

Nous insisterons seulement sur leur transformation en animaux qui les fait se rapprocher de nos lycanthropes du moyen âge.

Ils deviennent plus particulièrement des caïmans, des léopards, surtout des panthères. A ce titre ils viennent rôder autour des villages et quelquefois se précipitent sur les hommes pour les dévorer.

En 1903, dans le cercle de la Mellacorée, en Guinée française, un homme qui reposait la nuit dans sa case fut assailli par une panthère. Il se défendit énergiquement et saisit un individu caché sous la peau de cet animal. Dès que la peau fut tombée, l'agresseur ne fit plus aucune défense. Bien mieux, il dénonça des complices, qui s'accusaient eux-mêmes du méfait.

C'est que, pour eux-mêmes, comme pour tout le monde, il ne s'agissait pas là d'un vain déguisement, mais d'une réelle métamorphose.

L'indigène croit à la possibilité pour les esprits de s'incorporer dans les plantes ou des animaux et de se manifester comme tels — et pour rester esprits, ils doivent quelquefois se nourrir de chair humaine.

Terminons en disant qu'il existe des grigris qui peuvent combattre et repousser les enchanteurs.

c) *Sociétés secrètes et délire collectif.* — Je voudrais ici faire ressortir une des faces intéressantes de la psychiatrie coloniale : ce sont les études de psychologie et par suite de psychopathologie collectives qu'elle peut comprendre.

Les sociétés religieuses et parmi elles les sociétés secrètes nous en fournissent des exemples.

Nous ne sommes pas exactement fixés sur le fonctionnement intime de ces

sociétés. Nous savons seulement qu'il y a des sociétés d'hommes et des sociétés de femmes.

On connaît la dénomination de certaines d'entre elles, la hiérarchie qui règne entre leurs membres.

On pense que l'initiation se fait à des époques fixées, notamment à l'époque de la circoncision pour les garçons et de l'excision pour les filles.

Cette initiation nécessite une retraite dans la forêt, pendant laquelle les vieillards donnent aux enfants de multiples leçons sur les animaux, l'homme, sur la nature, ses beautés et ses secrets...

Tous les ans les affiliés se réunissent pour célébrer les idoles par des cérémonies fixées.

On sait, et c'est ici ce qui intéresse la psychopathologie collective, que dans certaines cérémonies, les adorants y doivent participer tout nus, que dans d'autres on pratique le culte phallique.

Après l'adoration des idoles, se produisent alors des bacchanales et des scènes d'orgies...

Cette ivresse religieuse collective est intéressante à étudier. Bien plus, nous avons dit plus haut que les sexes étaient dans certaines cérémonies complètement séparés. Il est probable que se produisent alors des scènes d'homosexualité rituelle que leur caractère collectif rend plus intéressantes encore.

Ainsi la psychopathologie coloniale, africaine, du moins, nous apparaît sous trois aspects différents :

1° La psychopathologie particulière individuelle, qui comprend simplement et évidemment l'observation de l'individu, du malade.

2° La psychopathologie générale, c'est-à-dire la forme que prennent les diverses manifestations mentales.

Nous avons dit qu'elles étaient constituées par l'alliance du sentiment religieux et de l'état mental du primitif.

A cet effet, il est utile de remarquer que la psychiatrie coloniale retrouvera et fera revivre la psychopathologie des premiers temps de notre civilisation, constituée par ces mêmes éléments.

3° Le troisième aspect sera constitué par la diffusion épidémique des diverses manifestations, c'est-à-dire par les études de psychologie collective.

Plus particulièrement sous cet aspect, il se produira là un carrefour, une rencontre entre la psychiatrie et l'ethnographie, qui peut donner les plus brillants et les plus féconds résultats.

10° La folie dans la population pénale des colonies (transportés et relégués).

M. Cazanove. — MM. Régis et Reboul, dans leur rapport, signalent l'existence et la fréquence de l'aliénation mentale dans la population pénale des colonies, et cela malgré l'élimination antérieure de tous les criminels reconnus irresponsables en France.

Que doit-on faire des criminels dont on constate l'aliénation mentale à la Guyane ou à la Nouvelle-Calédonie, soit qu'ils aient échappé à tout examen mental en France, soit qu'ils aient été condamnés malgré cet examen mental, soit que leur folie se soit développée après leur envoi dans les territoires pénitentiaires?

Existe-t-il une différence entre eux et les criminels déclarés irresponsables

en France au moment de leur jugement? Et, dès lors, doit-on les renvoyer en France, une fois leurs troubles mentaux bien constatés?

On ne conserverait par suite, dans les colonies pénitentiaires, que les transportés ou relégués atteints de troubles mentaux pouvant être attribués à des maladies exotiques.

Cette solution n'est-elle pas trop réduite? Ne pourrait-on, bien au contraire, conserver les asiles déjà existants et leur donner même plus d'ampleur?

Les asiles des colonies pénitentiaires ne pourraient-ils servir de refuge à certains de ces individus que vient de nous décrire si bien M. le professeur Dupré dans son rapport sur les perversions instinctives?

Dans ses conclusions, après avoir rappelé l'incorrigibilité, l'état toujours dangereux, l'inintimidabilité par la peine de ces délinquants et criminels d'habitude qui se recrutent dans le monde des pervers, l'éminent rapporteur demande une répression plus sévère... « sinon pour intimider le criminel, au moins pour l'éliminer de la société pour un temps très prolongé ou perpétuel.

« Il faut, dit-il, créer des établissements spéciaux, intermédiaires à l'asile et à la prison, des asiles de sûreté pour les anormaux dangereux, les psychopathes vicieux, les imbéciles moraux, dangereux, difficiles, etc., en un mot, pour les sujets atteints de perversions instinctives. »

Il reste donc à se demander si les asiles d'aliénés des colonies pénitentiaires ne pourraient pas, mieux que tous les autres, remplir ce rôle d'asiles de sûreté?

Une objection se présente aussitôt à l'esprit : malgré le développement que l'on pourrait donner à ces établissements, ils ne pourraient jamais être suffisants pour contenir l'armée des délinquants et des criminels d'habitude.

D'un autre côté, quiconque a séjourné à la Relégation des récidivistes de Saint-Jean du Maroni (Guyane française), quiconque a étudié ces récidivistes, leur psychologie individuelle comme leur psychologie collective, celui-là pourra se rendre compte que l'odyssée du pervers, écrite d'une façon si vivante et si lumineuse par M. le professeur Dupré, peut parfaitement s'appliquer à ces individus.

Nous savons bien, pour l'avoir constaté par nous-même, que la relégation des récidivistes semble avoir donné de mauvais résultats dans son application.

Mais l'idée de relégation n'est-elle pas juste? Cet exil perpétuel, hors de la société, pour le délinquant et les criminels d'habitude, ne constitue-t-il pas la répression sévère demandée par le rapporteur des perversions instinctives?

Il conviendrait seulement de changer le caractère de la relégation des récidivistes, de ne pas l'annexer au bagne, de ne pas en faire un moyen de force, de ne pas transformer la loi jusqu'au point de faire des relégués de véritables condamnés aux travaux forcés.

La relégation actuelle n'a que le caractère de la prison, du bagne, il conviendrait de lui donner encore le caractère d'asile.

Ainsi, pensons-nous, pourrait être réalisé cet asile de sûreté que demande M. Dupré pour les sujets atteints de perversions instinctives.

Ajoutons qu'actuellement, tandis que les magistrats hésitent à appliquer la peine de la relégation, à cause de sa sévérité, l'opinion publique en réclame l'application stricte, à cause de la recrudescence des crimes.

Nous pensons encore que cette peine pourrait, en effet, être strictement appliquée, en donnant à la relégation ce caractère d'asile-prison dont nous avons parlé.

M. le médecin-inspecteur général Grall. — Il faut éviter de déverser dans les colonies, fût-ce dans des établissements spéciaux, tout ce que la métropole compte de pervers et de dangereux. Cette pratique pourrait entraîner de fâcheuses conséquences.

11° Lutte préventive contre la folie aux colonies.

Pas de discussion.

12° L'alcoolisme aux colonies.

M. Vital-Robert. — *L'alcoolisme à Madagascar.* — Je crois devoir ajouter une petite note au rapport de mon maître, le professeur Régis, en ce qui a trait à l'alcoolisme à Madagascar.

Grâce aux mesures énergiques prises par M. le gouverneur général Augagneur, l'alcoolisme paraît être en diminution parmi la population agricole. La réglementation du nombre des débits, de la vente et du transport de la betsa-betsa ont eu ce résultat. On entend par betsa-betsa le produit de la fermentation du jus de canne à sucre. Le jus de canne fermenté se prépare en laissant fermenter pendant huit jours dans une marmite en terre, placée dans un trou, le jus de cannes écrasées, mélangé à l'écorce d'un arbre de la famille des simaroubées, appelée fatraina ; les indigènes emploient cette écorce pour favoriser la fermentation alcoolique et pour empêcher la fermentation acétique. Avec le jus de canne, ainsi additionné de fatraina et mélangé d'eau, ils obtiennent un breuvage alcoolique, contenant 8 à 9 degrés d'alcool par litre et qu'ils boivent en quantité exagérée. C'est ce breuvage que l'on appelle betsa-betsa. On obtient une boisson analogue par la fermentation du miel.

La surveillance exercée par l'administration a fait disparaître aussi un grand nombre de distilleries clandestines indigènes. Les procédés de distillation de l'indigène sont primitifs : dans une marmite en terre est placé le jus de canne fermenté ; le couvercle, percé d'un orifice par où passe un tuyau coudé, soit en bambou, soit en fer-blanc, est luté avec de la terre glaise. Au tube coudé, on ajuste soit un canon de fusil à pierre, soit un tube de fer-blanc, long de 1 m. 50 environ et d'un diamètre d'un centimètre, qui traverse une auge en bois remplie d'eau. Un récipient est placé à l'extrémité du tube ; il est destiné à recueillir le produit de la distillation.

Mais si, dans les campagnes, les progrès de l'alcoolisme paraissent enrayés, il n'en est pas de même dans les centres importants, où existent de trop nombreux débits, installés à proximité des marchés, des écoles et des casernes. Aussi, le conseil d'hygiène a-t-il émis, au cours de l'année 1911, le vœu tendant à la suppression des débits auprès des marchés, des écoles et des casernes et à la répression sévère de l'ivresse.

M. le docteur Dupré (de Paris). — MM. Régis et Reboul ont eu grandement raison d'appeler l'attention, dans leur rapport, sur les dangers de l'alcoolisme aux colonies, aussi bien dans la population indigène que dans la population européenne, civile et militaire. J'ai moi-même insisté, dans mon rapport, sur le rôle capital joué par l'alcoolisme sur la production des perversions instinctives et de la criminalité. Il est temps que le Parlement comprenne enfin que son devoir le plus urgent serait de prendre les mesures prophylactiques nécessaires.

Je propose donc au Congrès, dans ce but, l'adoption du vœu suivant :

« *Le Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française réuni à Tunis*

le 1er avril 1912, après avoir discuté les questions à l'ordre du jour et notamment les causes des perversions instinctives et de la criminalité, ainsi que celles de l'aliénation mentale dans les colonies françaises, signale à l'opinion publique le péril croissant de l'alcoolisme, grand agent du crime et de la folie, et rappelle au Parlement que son devoir le plus urgent est d'enrayer par tous les moyens les progrès d'un empoisonnenent mortel pour la nation. »

M. le docteur Jacquin (de Bourg). — Ce n'est pas l'usage que l'élève vienne féliciter le maître, mais une fois n'est pas coutume, et mon maître le professeur Régis voudra bien me permettre de joindre mes modestes félicitations à toutes celles qu'il vient de recevoir à l'occasion de son remarquable rapport.

Ayant eu l'inestimable fortune de suivre pendant plusieurs années l'enseignement psychiatrique de Bordeaux, je puis dire que ce travail résume, en une lumineuse synthèse, les efforts patiemment poursuivis depuis plus de vingt ans par mon savant maître et par ses élèves, et que ce rapport restera désormais l'œuvre classique que devront consulter tous ceux qui s'intéressent aux questions d'assistance des aliénés aux colonies.

Quant au vœu antialcoolique proposé à l'occasion de ce rapport et de celui de M. le professeur Dupré, je m'y associe entièrement, et j'estime, pour ma part, qu'un Congrès tel que le nôtre se doit de l'inscrire en tête de tous les vœux que nous formulerons comme conclusions de nos travaux.

En effet, si l'on veut des colonies fortes, il faut y envoyer des colons forts qui, donnant eux-mêmes l'exemple, auront pour principe directeur de pénétration civilisatrice, de lutter à outrance contre l'alcoolisation des indigènes.

Agir autrement, ce serait compromettre irrémédiablement l'essor, la prospérité, l'avenir de notre beau patrimoine colonial.

M. Régis, rapporteur. — Je m'associe pleinement aux vues exprimées par M. Dupré et, avec mon ami Jacquin, j'appuie très vivement le vœu qu'il vient de vous présenter.

Il n'est peut-être pas sans intérêt, au sujet de la question de l'alcoolisme aux colonies, de connaître un récent décret du président de la République, visant le commerce de l'absinthe en Algérie. Permettez-moi de vous en donner lecture :

Article premier. — A partir du 1er janvier 1912 sont interdites en Algérie la détention et la mise en vente :

1° Des absinthes ou boissons similaires autres que l'anisette d'une teneur alcoolique inférieure à 55 degrés ;

2° Des anisettes similaires d'absinthe dont la teneur alcoolique sera inférieure à 45 degrés ;

3° Des bitters, amers et autres boissons apéritives à base d'alcool d'un degré alcoolique inférieur à ceux spécifiés ci-dessus pourront être fabriqués et détenus par les marchands en gros, fabricants, à charge d'exportation.

Art. 2. — Tout récipient contenant de l'absinthe ou boisson similaire y compris l'anisette, des bitters, amers et autres apéritifs à base d'alcool, doit être revêtu d'une étiquette indiquant, en caractères très apparents d'au moins 6 millimètres de hauteur, le degré alcoolique du liquide.

Art. 3. — Toute infraction aux dispositions qui précèdent est punie de peines édictées par l'article 10, premier alinéa, de la loi du 26 mars 1872.

La discussion étant épuisée, M. Régis remercie tous ceux qui ont bien voulu y prendre part et apporter au Congrès le précieux résultat de leur expérience et de leurs connaissances spéciales en la matière. Il constate avec plaisir qu'il est entièrement d'accord avec eux sur tous les points. Aussi se bornera-t-il à résumer les principales vues communes en un vœu qui sera soumis, suivant l'usage, au vote de l'assemblée générale.

A l'assemblée générale du 2 avril, le vœu présenté par M. Dupré contre l'alcoolisme en France et aux colonies est adopté à l'unanimité.

Il en est de même du vœu sur l'assistance des aliénés au Maroc, présenté par le rapporteur au nom de MM. Lwoff et Sérieux.

Est adopté enfin également à l'unanimité, et après quelques observations de M. l'inspecteur général Granier et de M. le médecin inspecteur général Grall, le vœu suivant sur l'assistance des aliénés aux colonies présenté par M. Régis :

« Les membres du XXIIe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française à Tunis,

« Considérant qu'il y a nécessité et urgence à organiser convenablement l'assistance des aliénés dans les colonies françaises et les pays de protectorat;

« S'associent complètement aux considérations développées dans le rapport présenté au Congrès par MM. Régis et Reboul et émettent particulièrement le vœu que soient réalisés, dans les conditions indiquées dans ce rapport :

« 1° La formation de psychiatres coloniaux spécialisés, militaires et civils;

« 2° Une législation sur les aliénés aux colonies ayant pour base des principes communs, avec réglementations spéciales suivant les conditions locales;

« 3° Des locaux et établissements pour délirants et aliénés constituant, pour chaque colonie, une sorte de réseau d'assistance psychiatrique avec organismes périphériques très simples et postes centraux plus ou moins importants suivant le cas, asiles d'aliénés si possible, ces derniers étant toujours dirigés par un médecin psychiatre français assisté de médecins indigènes et d'un personnel infirmier également indigène;

« 4° Ils demandent en outre que le transport des aliénés indigènes dans les asiles de la France continentale cesse entièrement d'ici trois ans et que le rapatriement des aliénés européens, civils et militaires, soit effectué dans des conditions plus satisfaisantes que celles qui existent actuellement;

« 5° *Ils demandent enfin qu'en vue de la prévention de la folie aux colonies, une sélection mentale des Européens, civils et militaires, soit autant que possible opérée et surtout que l'alcoolisme, grand producteur de psychoses, y soit immédiatement combattu par les mesures les plus énergiques, au lieu d'être encouragé et favorisé, comme il l'est aujourd'hui.* »

Au nom des médecins belges, présents au Congrès, M. le docteur Famenne exprime le désir que le vœu précédent, voté à l'unanimité par le Congrès, soit rendu applicable à la Belgique.

L'assemblée donne satisfaction à M. Famenne et à ses collègues belges en s'associant pleinement à ce désir.

COMMUNICATIONS

RELATIVES A L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS AUX COLONIES

Sur le régime des aliénés aux colonies

Par MM. A. MARIE (de Villejuif)
et RENÉ DECANTE

Juge au Tribunal civil de Pontoise
Membre correspondant de la Société de médecine légale de France.

Tandis que l'opinion publique s'émeut et se passionne pour toutes les questions qui touchent aux aliénés dans la France métropolitaine, elle semble demeurer indifférente à la situation qui est faite, à cet égard, dans nos colonies, aussi bien à nos nationaux qu'aux nombreux indigènes qui attendent de notre domination ou de notre protectorat les bienfaits d'une législation civilisatrice.

Est-ce donc que la législation coloniale ait réalisé par avance les *desiderata* des réformateurs et ne soit susceptible d'aucune amélioration? Il suffit, hélas ! de parcourir le compte rendu des derniers Congrès coloniaux pour être édifié à cet égard. Si l'on n'a pas poussé plus tôt le cri d'alarme, c'est, sans doute, à raison de l'indifférence qui s'attache trop souvent chez nous aux questions coloniales ; mais il faut reconnaître qu'en l'espèce cette indifférence apparente avait pour excuse la lourdeur de la tâche, car il est impossible de réformer une législation qui n'existe pas et très difficile d'édifier de toutes pièces une organisation complète en cette délicate matière.

On sera sans doute surpris d'apprendre qu'aucune loi ne règle encore aujourd'hui la situation des aliénés dans les colonies françaises et pays de protectorat ; aucune loi n'a appliqué à l'une quelconque de nos possessions extra-européennes (1) la législation de 1838. Ainsi, à l'heure actuelle, la situation de ces malades est livrée à l'arbitraire d'une administration forcée de prendre, sans droit, les mesures privatives de liberté que réclament impérieusement l'humanité et la prudence.

En l'absence d'une législation suffisante, il est intéressant de rechercher comment on procède actuellement pour remédier à la situation de fait que nous venons d'exposer. Il n'est pas douteux qu'il faille interner les aliénés ; mais enfermer un malade sans qu'un texte de loi autorise cette violation de la liberté individuelle, n'est-ce pas porter atteinte à l'article 7 de la Constitution des Droits de l'homme et commettre une infraction grave au principe de notre droit public? Disons de suite que les administrations coloniales commettent cette infraction chaque jour, sans qu'on puisse les incriminer de leur absence de scrupules juridiques, car il faut, avant tout, prévenir les écarts de la folie et assurer au malade les premiers soins que son état réclame.

L'internement reste donc, aux colonies, une mesure de pur arbitraire, exempte de toute garantie, et il n'est pas besoin d'insister plus longuement

---

(1) Un décret du 5 octobre 1878 a rendu applicable à l'Algérie la loi du 30 juin 1838 ; mais aucun établissement n'a été créé sur place pour appliquer la loi.

sur les inconvénients graves de cette situation, au sujet de laquelle les critiques formulées contre la loi de 1838 trouveraient une trop facile application.

Il ne semble pas toutefois qu'à la faveur de ces pratiques administratives des séquestrations arbitraires soient commises fréquemment ; nous n'en connaissons pas d'exemple ; mais l'absence de législation entraîne une autre conséquence fâcheuse, c'est l'abandon réel des aliénés, pour lesquels aucun placement régulier n'est organisé.

Le placement volontaire, écrit le docteur Margain (1), n'existe pour ainsi dire pas. En ce qui concerne les Européens, leur nombre se trouvant relativement restreint dans les villes coloniales et les contacts étant intimes et fréquents, tout le monde se connaît assez rapidement, et chacun s'occupe facilement des faits et gestes du voisin. Si l'on ajoute à cela que la population officielle des colonies se connaît plus intimement encore, s'étant déjà rencontrée sous d'autres climats et étant appelée à se retrouver encore, on voit de suite quelle importance il y a, pour les familles dont un des membres est frappé d'aliénation mentale, à conserver le malade chez elle plutôt que de courir le risque d'ébruiter cette situation. L'internement n'est donc presque jamais prononcé sur la demande des familles, un rapatriement prématuré ou une mise en congé de longue durée servant à masquer l'atteinte de la maladie.

D'autre part, le colon qui vit isolé sur sa concession pourra, pendant de longs mois, être la proie d'un délire grave et commettre des actes répréhensibles sous l'influence de ces conceptions morbides, sans que le coolie, le boy ou le voisin indigène aille se risquer à le dénoncer aux autorités françaises.

Ce ne sera donc le plus souvent qu'à la suite d'un scandale que l'aliéné européen sera interné.

Quant aux aliénés indigènes, ils ne sont que très rarement hospitalisés ; ils partagent avec les lépreux le rôle des chemineaux, parcourent les grandes routes en couchant et en mangeant au hasard et volent le long du chemin pour soulager leur faim et leur soif. Jusqu'en ces derniers temps, l'administration coloniale s'occupait peu de ces errants. Peut-être la situation s'est-elle modifiée en Indo-Chine depuis le décret de M. Beau sur la surveillance des lépreux ; mais il est plus probable que les aliénés continuent à n'être connus des pouvoirs publics que du jour où ils se trouvent arrêtés pour un vol ou un crime. A ce moment, si leur aliénation mentale est vraiment manifeste (et il est très difficile de l'apprécier chez des inculpés dont les réponses au parquet sont transmises par un interprète du pays), on les confie à quelque hôpital indigène, nullement préparé à les recevoir et à les garder. Le plus grand nombre va grossir la chaîne des condamnés, s'échappe, se suicide ou succombe promptement dans la cachexie et le gâtisme.

Certains aliénés indigènes plus fortunés sont conservés dans leur famille qui, tout en fournissant à leurs besoins matériels, les considèrent comme un objet de honte et de dégoût. Le médecin qui les cherche a grand'peine à se les faire présenter et les voisins ne voient en eux que des sujets de raillerie.

En général, les coutumes et les lois du pays paraissent les ignorer complètement et cela est préférable, si l'on en juge par la relation suivante du docteur Lefèvre, médecin des troupes coloniales :

« Au Laos, il est fréquent de rencontrer sur sa route des malades atteints d'aliénation mentale, et l'une des plus fréquentes manifestations de leur folie est de s'imaginer qu'ils portent un buffle dans le ventre. Ce sont des « pipop », comme dit le Laotien. Les extravagances et les dégâts qu'ils commettent poussent leurs voisins à s'en débarrasser et à les faire interner à Bankoum, sur le Namgonne, où il existe un village de trois cents maisons qui constitue un asile d'aliénés indigènes fort original. Mais préalablement à leur interne-

---

(1) Voir *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, 9 juillet 1906.

ment, on vérifie le diagnostic de la façon suivante : le patient est jeté à l'eau pieds et poings liés ; s'il surnage il n'est pas possédé ; mais il est pipop s'il coule au fond, et va finir ses jours à Bankoum, à moins que l'on n'ait pu le repêcher à temps. »

Le docteur Janselme rapporte, il est vrai, qu'au Laos le fou n'est pas considéré comme l'incarnation d'un Pi, ou génie malfaisant, mais simplement comme un malade qui n'est pas persécuté parce que la population laotienne, à laquelle les conquérants hindous ont infusé du sang aryen, est très charitable. La région étudiée par ce savant est vraisemblablement éloignée de Bankoum sur le vaste plateau du Laos ; la situation du malade n'y est d'ailleurs que primitivement privilégiée, car, d'après lui, l'aliéné inoffensif porte au cou un grelot qui facilite la surveillance et aux pieds une chaîne assez lourde pour l'entraver. Quant à l'aliéné agressif, il est placé, pendant les périodes d'agitation, dans une cage cubique garnie de barreaux sur les six faces et montée sur quatre pilotis de deux mètres, au milieu du village ou dans la forêt voisine.

Ainsi les aliénés, quand ils sont internés dans les colonies, le sont sans aucune garantie préalable ; mais, la plupart du temps, méconnus et abandonnés, ils échappent à l'internement, au grand détriment de la sécurité publique et des soins que nécessiterait leur état.

Les garanties préalables à l'internement ne sont pas les seules qui doivent protéger les aliénés ; on sait que les attentats contre la liberté individuelle se commettent moins facilement à la faveur des séquestrations injustifiées, en fait extrêmement rares, que par des maintenues inopportunes à l'asile Or, aux colonies, aucun contrôle judiciaire n'intervenant et aucune surveillance spéciale n'étant prévue, rien ne protège l'aliéné pendant son séjour dans l'hôpital. Il ne semble pas qu'il y ait, de ce chef, de réels abus, car l'excellent recrutement de nos médecins coloniaux, qui exercent un pouvoir souverain sur l'établissement, constitue la meilleure sauvegarde du malade contre les abus de pouvoir possibles. Il n'en est pas moins vrai que la lacune d'une législation qui livre ainsi l'aliéné à l'arbitraire du médecin est manifeste.

Du reste, s'il n'apparaît pas qu'on conserve les malades frappés d'aliénation mentale plus longtemps que les besoins de leur guérison ne l'exigent, il est à redouter, en revanche, en raison des conditions déplorables dans lesquelles ils sont hospitalisés, qu'on ne puisse les maintenir assez longtemps pour leur donner tous les soins nécessaires et préserver leur entourage contre les réactions de leur délire.

Quelle est, en effet, la situation de l'aliéné interné aux colonies?

Suivant sa situation sociale et son degré d'agitation, écrit encore le docteur Margain qui a spécialement étudié ces questions pendant ses divers séjours aux colonies, l'Européen est installé dans une chambre particulière sous la surveillance d'un infirmier ou simplement dans un cabanon. S'il ne fait pas de bruit, s'il ne frappe personne, s'il ne casse rien, on lui laisse une liberté relative ; mais, s'il est bruyant et violent, on le camisole et on le laisse parfois longtemps dans cette situation.

Les cabanons sont ordinairement adjoints aux cellules des malades punis et forment avec elles un quartier spécial que dirige le plus souvent le médecin chargé du service des vénériens. Assez mal aérés, ces cabanons ont en outre le défaut de contenir trop d'objets démontables pouvant devenir des armes dangereuses. De plus, la surveillance est difficile à exercer sur ce service, généralement éloigné des principaux bâtiments de l'hôpital. Les aliénés y reçoivent, comme traitement à peu près unique, des douches, et, si leur état ne paraît pas s'améliorer, ils sont présentés au conseil de santé de la colonie en vue du rapatriement et de l'évacuation sur les asiles de France, l'hôpital colonial n'étant pas outillé pour les conserver indéfiniment et les soigner utilement.

Quant à l'hospitalisation des indigènes, nous avons déjà esquissé la manière dont elle se pratique et l'exemple le plus typique est celui des cages sur pilotis cité par le docteur Janselme où l'aliéné ne peut « ni se mouvoir, ni se tenir debout, car sa demeure, comme les *fillettes* du roi Louis XI, n'a pas plus de 1 m. 50 de côté (1) ».

Pour l'aliéné européen, le grand remède, le grand correctif apporté à une situation fâcheuse pour le malade et intolérable pour l'entourage, c'est le rapatriement. C'est, à vrai dire, un palliatif insuffisant ; mais ce remède, quoique tardif, serait précieux, s'il n'intervenait pas dans des conditions déplorables, qui aggravent parfois l'état du malade au point de compromettre irrémédiablement ses chances de guérison.

Les aliénés, reconnus tels par le conseil de santé de la colonie, sont assez souvent évacués en France par les voies rapides, quand les Messageries maritimes ne font pas trop de difficultés pour les admettre. D'autres, fonctionnaires ou parents de fonctionnaires, sont embarqués sur les bateaux des autres Compagnies, confiés parfois à un parent ou un ami. Ils jouissent à bord de la même situation et des mêmes droits que les autres passagers, se promènent dans les salons et sur le pont, occasionnant à chaque instant des alertes ou des scandales, suivant qu'ils s'en prennent à eux-mêmes ou aux autres passagers pour lesquels ils deviennent rapidement un véritable fléau.

La vie monotone du bord, les émotions de la traversée, la température élevée des régions parcourues, les troubles fonctionnels déterminés par le roulis et le tangage, sont autant de causes d'exacerbation de la maladie et bientôt on est obligé de prendre des précautions spéciales. Le plus souvent, c'est sur la demande des autres passagers que l'on consigne l'aliéné dans sa cabine. Or, cette consigne ne peut jamais être observée d'une façon suffisamment rigoureuse, tant que le navire fait route sur les mers tropicales, la chaleur rendant les cabines inhabitables, surtout si l'on ferme la porte et le sabord. D'ailleurs, dans ces conditions mêmes, la surveillance est extrêmement difficile, particulièrement au moment des escales, et ce n'est pas un fait inconnu que le suicide de l'aliéné échappant un instant à la surveillance et se jetant à la mer par le sabord.

Quand l'aliéné fait partie du convoi d'évacuation et habite la batterie de l'hôpital, il devient pour les malades avoisinants une source d'ennuis que l'on comprendra aisément.

Et cependant nous nous sommes placés ici dans les hypothèses les plus favorables ; mais il arrive bien souvent que les Compagnies maritimes ne veulent pas se charger de ces rapatriements et alors, comme si la colonie tenait à tout prix à se débarrasser des aliénés qu'elle n'a pas le moyen de conserver, elle les évacue par des bateaux à voile aménagés par le commerce seul. Ces navires, à bord desquels aucun médecin n'est embarqué, ne comportent qu'un personnel insuffisant, en tous cas absolument incapable de s'occuper de l'individu qui leur est ainsi confié et la traversée dure parfois plusieurs mois. Le plus étonnant, ce'st que dans ces conditions, il y ait de ces malades qui puissent arriver en France (2).

---

(1) Au Siam, État tampon intermédiaire entre les Indes anglaises et l'Indo-Chine française, l'assistance des aliénés est à peu près rudimentaire. Il existe bien à Bangkok, la capitale, un asile d'aliénés, établissement nullement adapté à sa destination. C'est un ancien yamen chinois, contenant une centaine de délirants. Ils vivent en commun dans les salles assez vastes, dont les portes grillées et cadenassées ne s'ouvrent jamais. Plusieurs sont atteints de béri-béri à forme œdémateuse.

Les aliénés sont amenés là soit par leur famille, soit par des agents de police, sans autres formalités que d'être présentés préalablement au médecin siamois chargé du service : c'est une pure formalité qui ne donne aux intéressés aucune garantie sérieuse.

(2) Justement émue, elle aussi, de cette situation, certaine Compagnie de navigation a cherché d'installer à bord de ses bateaux des locaux destinés aux aliénés. C'est à la

Le tableau que nous venons de tracer, sans le pousser au noir, serait décourageant si l'on devait désespérer de pouvoir jamais améliorer cette situation lamentable. Mais il y a tout lieu de croire, heureusement, que cette amélioration est réalisable pratiquement. Les Pays-Bas et l'Angleterre ont organisé méthodiquement, avec succès, l'assistance de leurs aliénés aux colonies et leur exemple doit encourager nos législateurs à aborder résolument la réforme

La réorganisation du régime des aliénés aux Indes orientales néerlandaises est due à la mission de MM. les docteurs Bauer et Smit, en 1867. Trente-huit ans se sont écoulés depuis cette date ; par un arrêté gouvernemental, deux nouveaux asiles, avec colonies agricoles, l'un à Buitenzorg, près de Batavia, l'autre à Lawang, sont venus compléter cette organisation, le premier pour la partie orientale, le second pour la partie occidentale de Java. Ces deux établissements sont conformes aux données les plus modernes de la thérapeutique des maladies mentales ; ils comprennent un asile fermé et un établissement agricole annexé, plus ouvert. L'asile de Buitenzorg comprend 600 lits dont la moitié est occupée par des Européens, principalement des militaires de l'armée d'occupation. La partie la plus ancienne de l'asile est consacrée aux indigènes. Quant aux pavillons neufs réservés aux Européens, ils sont assez semblables aux asiles privés des environs de Paris, et contiennent même des pensionnaires des classes élevées. Dans cet établissement, on a supprimé l'usage des camisoles et des quartiers cellulaires, ainsi que des murs et sauts de loups. Les ateliers y sont très développés et la colonie agricole est d'un tel rapport que le bénéfice, combiné avec celui du pensionnat, en amortit en partie le budget.

Pendant que la Hollande installait des asiles à Java, l'Angleterre en créait 26 pour l'Australie, 9 pour les Indes occidentales, 11 pour le Canada, 1 pour Malte, 21 pour les Indes, 6 pour l'Afrique du Sud, soit un total de 74 asiles. L'asile principal des Indes est celui de Singapour, capitale de la colonie anglaise des détroits. Comme à Buitenzorg, cet asile est mixte pour les Européens pensionnaires et pour les indigènes, en nombre moyen de 400 à 500. Il est construit sur le modèle pavillonnaire ; les pavillons où vivent les aliénés paisibles sont merveilleusement aérés et les locaux accessoires, très développés, sont d'une rigoureuse propreté. Les malades tranquilles prennent leur repas dans des réfectoires en plein air, entourés de simples treillages, qui laissent errer la vue au loin ; ils se promènent toute la journée à leur guise sous de vastes préaux couverts, à l'abri du soleil meurtrier. Il n'est pas jusqu'aux cellules des agités qui, recouvertes sur trois faces de carreaux vernissés polychromes, de très élégante facture, ne donnent l'impression de l'effort réalisé dans cet asile, en vue de satisfaire aux prescriptions de l'hygiène la plus rigoureuse et des données les plus récentes de la thérapeutique aliéniste.

On pourrait retrouver la trace d'un effort semblable dans l'organisation de tous les asiles des colonies anglaises ; la variété de ces établissements, merveilleusement adaptés aux malades qu'ils doivent hospitaliser, témoigne de la conception éminemment pratique qui a présidé à leur création. Si de Singapour nous passons à Rangoon, capitale de la basse Birmanie, nous trouvons un manicome édifié dans des conditions différentes et suivant des règles tout à fait appropriées à la civilisation rudimentaire des indigènes qui y sont internés. L'établissement se compose d'une série de pavillons légers, élevés sur pilotis et contenant chacun 12 lits en salle commune. Les parois sont entièrement nues et il n'y a pas un seul meuble dans la pièce, pas même un lit de camp. Les aliénés se couchent sur le plancher et reposent leur tête

---

Compagnie nationale de navigation que revient l'honneur d'avoir accompli cette réforme sur ses navires, types *Chodoc* et *Cholon*. C'est là, à n'en pas douter, un progrès considérable : il est seulement regrettable que les autres Compagnies n'aient pas encore suivi cet exemple.

sur des traverses de bois clouées de distance en distance. Le trousseau de chaque malade se réduit à un petit carré de toile qui lui sert de taie d'oreiller et une couverture de coton. Peut-être un Européen trouverait-il cette literie trop sommaire ; mais l'indigène est accoutumé là-bas à coucher à la dure, sur une simple natte. D'ailleurs, la chaleur accablante qui règne en toute saison sous cette latitude, la nuit comme le jour, oblige l'homme à vivre et à dormir demi-nu. A la faveur de cette installation, qui permet le matin un lavage à grande eau, la propreté la plus minutieuse, très appréciable sous un climat torride, règne dans cet établissement dont elle est la caractéristique. Les agités sont logés dans des bâtiments en maçonnerie, dont le sol et les murs sont recouverts de ciment, et un pavillon distinct est réservé aux *aliénés criminels*, qui font l'objet là-bas d'un traitement spécial, que le législateur de 1838 leur a refusé en France. Les fous furieux sont enfermés dans des cabanons ; mais il n'est jamais fait usage de la camisole de force, ni d'autres moyens de contention. Les aliénés européens occupent, d'ailleurs, un quartier spécial où ils sont répartis dans des loges séparées.

Sans passer en revue les 74 asiles, dont l'examen ne serait pas moins édifiant, nous devons signaler la réorganisation toute moderne, par les soins du gouvernement anglais, du vieil asile d'Abassieh, au Caire. Là, un groupe d'aliénistes du corps médical anglais, tirés du personnel des asiles d'Australie, donne des soins à une moyenne de 600 aliénés avec l'assistance de médecins de l'école du Caire et de Beyrouth. Un personnel d'infirmiers et d'infirmières, en partie indigène, y a été reconstitué, sous la direction d'une surveillante générale anglaise, directrice des nurses. L'aménagement des locaux, séparés pour les indigènes et les Européens, correspond à peu près à l'organisation des asiles indiens. Les pavillons, conformes d'ailleurs aux exigences de l'hygiène, mais dénués de toits visibles et disposés agréablement en terrasses, donnent à l'asile l'aspect d'un quartier arabe privé, cependant que, dans le jardin planté d'eucalyptus, des ruisselets d'irrigation entretiennent toute la fraîcheur désirable, Notons, en passant, pour en faire éventuellement notre profit dans l'organisation de nos asiles coloniaux, que les médecins égyptiens et les nurses parlent l'arabe et peuvent interroger directement leurs malades. C'est là une condition essentielle de la bonne appréciation de leurs états mentaux, et l'on conçoit les difficultés insurmontables du médecin qui doit examiner un délire avec le secours d'interprètes.

Dans une série d'études antérieures, nous nous sommes efforcés d'attirer l'attention, à la suite de la mission qui nous fût confiée à cet effet, sur la nécessité de créer des asiles coloniaux français (pour l'assistance des aliénés indigènes comme des psychoses tropicales des Européens, colons ou fonctionnaires).

Nous avions pris comme type d'établissement à constituer d'abord, dans nos possessions du nord de l'Afrique, les asiles d'aliénés indigènes que nous avons décrits, en particulier ceux d'Abassieh et de Kankah en Égypte.

Ces établissements répondent aux conditions dans lesquelles devront être établis les asiles nécessaires pour l'Algérie et la Tunisie en attendant ceux d'Extrême-Orient imités de ceux décrits pour les Indes anglaises (au nombre de 21), par M. Janselme ou des colonies hollandaises décrits par M. Margain.

A l'asile d'Abassieh, les sections réservées aux indigènes sont des plus simples. Toutes au rez-de-chaussée, dallées ou carrelées, donnant en général de plain-pied sur le jardin intérieur, suivant une disposition qui rappelle assez la maison arabe privée.

Les chambres d'isolement sont échelonnées sous un préau couvert avec la natte-alcôve pour le coucher ; le jardin est planté d'eucalyptus bas et sillonné de ruisselets d'irrigation.

Chaque chambre a le cubage normal de 30 mètres cubes environ, avec parois enduites de ciment à hauteur d'homme, une fenêtre et une porte face au jardinr L'absence de toit visible et la disposition en terrasse achèvent de donne.

l'aspect des maisonnettes arabes privées. La longue chemise flottante et le bonnet rouge sont le costume général des pensionnaires.

Il y a en moyenne à Abassieh 400 Arabes et 200 aliénés autres, soit 600.

Le tableau des malades admis par diagnostic, au moment de notre visite était le suivant pour l'exercice courant :

Folie par haschich	74
— alcool	12
— pellagre	52
— épilepsie	12
— paralysie générale	35
— démence sénile	18
— manie	126
— congénitaux	11
— mélancolie	46
— démence précoce	9
— paranoïa	11
— démence vésanique	79
Total	485

Une annexe de la prison de Tourah est réservée comme asile-prison aux aliénés criminels ou en observation médico-légale (80 lits) et un asile-villa de 300 chroniques et tranquilles est en développement à Kankah, près Matarieh (j'en ai publié les plans dus à l'obligeance du service khédivial des aliénés dans la *Revue philanthropique* de janvier 1907).

Nous avons remarqué la fréquence des affections pellagreuses, des délires haschichiques et de la paralysie générale qui passe cependant pour exceptionnelle chez l'Arabe.

L'asile d'Abassieh est bien antérieur à l'occupation anglaise, il tire ses origines de l'influence médicale française de Clot-bey surtout, il y a 70 ans, mais c'est depuis qu'il a été organisé scientifiquement et à la moderne.

Un personnel d'infirmiers et d'infirmières, en partie indigènes, est en voie de reconstitution, sous la direction d'une surveillante générale anglaise, directrice des nurses.

Le personnel médical comprend, en outre, MM. Warnock et ses adjoints, aliénistes du corps médical anglais, tirés du personnel des asiles d'Australie, et quatre médecins assistants indigènes.

Les médecins assistants sortent de l'École de médecine du Caire ou de Beyrouth ; les médecins anglais ou égyptiens et leurs nurses anglaises parlent l'arabe et peuvent interroger directement leurs malades.

Cependant, la diversité d'origine des malades y oblige encore parfois les dialectes arabes variant de la Nubie à la Syrie et l'Arabie, et l'Université de la mosquée d'Elazar attirant des étudiants de tous les pays musulmans, y compris le Maroc, et même la Perse, la Russie et la Chine.

Nous avons vu la même situation exister à Nijni-Novgorod pour nos confrères de l'asile au moment de la foire internationale qui réunit des échantillons si variés des populations asiatiques.

En France, les aliénés arabes transportés à Pierrefeu ou Aix n'y sont pas compris des médecins ni du personnel et aucune communication ne leur est plus possible d'autre part avec leur famille.

Le changement total de mœurs et de climat contribue aussi à la dépression, et l'on comprend, dès lors, l'énorme mortalité qu'ils fournissent (deux tiers).

Un asile colonial pour les régions nord-africaines s'impose ; ce chapitre d'assistance est déjà ouvert, puisqu'il coûte annuellement plus d'une centaine de mille francs.

Grâce au bienveillant appui de M. le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, j'ai pu relever la statistique complète des aliénés

indigènes de ces quinze dernières années pour les seuls trois départements d'Alger, Oran et Constantine.

Pour Alger seulement, les entrées de 1895 à 1911 ont été de 306 (250 hommes et 56 femmes);

Les sorties, 89 (80 hommes et 9 femmes);

Les décès, 181 (150 hommes et 31 femmes);

Reste, 115 (93 hommes et 22 femmes).

Dépenses correspondantes, 630 000 francs (dont 23 000 de transport).

Soit une dépense annuelle moyenne de 37 000 francs pour 75 assistés contingent moyen.

Cela met à 550 francs par an la pension d'Alger et le prix de journée à 1 fr. 50.

Si l'on triple ces chiffres pour les trois départements, et sans compter la Tunisie, ni les aliénés européens colons ou fonctionnaires, cela fait un effectif et un budget déjà ouvert plus que suffisant pour justifier l'édification immédiate d'un asile colonial pour le grand bienfait de l'humanité et de l'influence morale et matérielle de la France, vis-à-vis de ses colonies.

Je me suis permis de rappeler ces points de vue auxquels je m'étais placé dans diverses études antérieures.

Je remercie tout particulièrement M. le professeur rapporteur docteur Régis, de Bordeaux, d'avoir bien voulu rappeler mes quelques contributions à la question en ces dernières années.

Je crois avoir activement collaboré depuis 1905 avec Margain à attirer l'attention sur ces problèmes; M. Régis a d'autant plus de mérite à l'avoir rappelé, que je n'ignore pas qu'on lui a vivement reproché d'avoir fait état de mes travaux; tant il est vrai que certains esprits sont inaptes à mettre leurs animosités personnelles au-dessous du souci de la justice et de la vérité.

A l'appui de ces quelques notes, j'ai cru devoir apporter quelques documents accessoires que je soumets au Congrès.

Ce sont : 1° les plans détaillés de l'asile modèle indigène de Kankah, au Caire, que j'ai visité peu avant son ouverture; 2° les vues photographiques que j'ai prises à Abassieh avec la bienveillante autorisation de M. le docteur Warnock; 3° les vues et plans des asiles coloniaux hollandais que je dois à la bienveillante obligeance de MM. Vos et Van Andel, le fils du sympathique et regretté inspecteur général des asiles hollandais; 4° enfin, je joins un tableau des statistiques comparées des asiles coloniaux que j'ai pu recueillir grâce au Colonial-Office de la Grande-Bretagne, que je ne saurais trop remercier ici.

J'ai joint aux documents que je soumets au Congrès un tableau des pièces et renseignements réclamés en Égypte pour les placements.

J'ajouterai que pour le personnel secondaire on y tire le meilleur parti du personnel indigène homme qui s'instruit à une école spéciale; quant au personnel femmes indigènes de religion mahométane, l'instruction y semble plus difficile à organiser jusqu'à ce jour, en raison du manque de culture générale première, — mais ce ne sera pas là une difficulté infranchissable, grâce aux monitrices instruites venues de Grande-Bretagne à cet effet.

ANNEXE STATISTIQUE

DE LA COMMUNICATION DE MM. A. MARIE ET R. DECANTE

Bombay

		Entrées.	Guéris.	Décès.
Européens	53	0,3 p. 100	41,2 p. 100	
Indigènes	1 355	15 p. 100	41 p. 100	35 p. 100 (des admissions)

Indigènes admis :	Hindous	180	H. 278	343
	Mahométans	114	F. 65	
	Natifs chrétiens	25		
	Autres castes	24		

	H.	F.	T.	
Idiotie	12	2	14	392 cas traités
Manie	155	43	198	
Mélancolie	107	30	137	
Démence	28	4	32	
Délire systématique	8	3	11	

Effectifs : 1907 : 351 ; 1909 : 364

Provinces centrales *(Nagpur et Inbbulpore asiles).*

Hindous	79	H. 49	Idiotie	24
Mahométans	11	F. 52	Manie	200
Européens	0		Mélancolie	32
Indigènes chrétiens	5		Démence	44
Autres castes	6		Délire systématique	1
Total	101 admissions.			

(Pas de P. G.). Effectifs : 1907-8 : 201 ; 1908-9 : 300 (+ 99)

Madras, Vizagapatam et Calicut

	Idiotie.	Manie.	Mélancolie.	Démence.	Stupeur.	P. G.	Dél. syst.	
H.	30	387	55	152	8	2	24	667
F.	5	141	13	44	4	0	12	220
T.	35	528	68	196	12	2	36	887

(1908-9)	H.	F.	T.
Chrétiens européens	24	15	39
Chrétiens indigènes	11	9	20
Hindous	105	18	123
Mahométans	34	10	44
Autres castes	15	6	21
	189	58	247

Effectifs : 1907 : 380 ; 1909 : 227 + 153

Allahabad *(Agra et Oudh).*

Idiotie	63	H. 860 / F. 294	1 154 dont 3 Européens seulement.
Manie	548		
Mélancolie	113		
Démence	348		
Stupeur	15		
Délire systématique	38		

(Pas de P. G.)

Lahore

					Existants.
Hindous	76	Admissions.	Manie	97	338
Mahométans	86		Mélancolie	44	173
Européens	11		et		
Autres	7		Démence		55
			Idiotie	6	42
			Délire systématique	3	19
			Stupeur	1	4

(Pas de P. G.)

Effectifs comparés : 1907 : 790 / 1909 : 837

Progression : 47

Bengale

Hindous	123	H. 163	196
Mahométans	39	F. 33	
Européens	16		
Chrétiens indigènes	11		
Autres castes	7		

1908 : 185 / 1909 : 196 + 11

Est Bengale et Assam

Manie	111	Admissions.	Indigènes : 165	Hindous	106
Mélancolie	41			Mahométans	53
Démence	1			Autres castes	6
Délire systématique	1				
Divers	8				

Pas de P. G.

Admis 1907 : 271 / 1909 : 315 + 44

Total traité en 1910 : 522 (près du double de 1907)

Rangoon *(Birmanie).*

Idiotie	12	
Manie	303	
Mélancolie	87	
Démence	130	
Stupeur (P. P.)	16	
P. G	1	
Délire systématique	9	
Divers	65	
Total	623	H. 532 / F. 91

Hindous	33
Mahométans	21
Européens	12
Indigènes chrétiens	7
Autres castes	134

Effectifs : 1907 : 249 / 1909 : 199

	EXISTANT A L'HÔPITAL en 1903	TOTAL ANNUEL ADMISSIONS	TOTAL ANNUEL DÉCÈS	TOTAL des CAS TRAITÉS	EXISTANT A L'HÔPITAL en 1904
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS DU PENANG, WALLESLY ET MALACCA					
	582	3 241	648	3 823	568
Système nerveux	24	198	15	230	13
Névralgies	»	15	»	15	1
Manie	2	10	»	12	»
Mélancolie	3	14	»	17	1
Démence	14	110	6	124	10
Scléroses médullaires	1	3	»	4	»
Paralysies	1	5	3	6	»
Épilepsie simple et avec folie	»	10	2	12	»
Hystérie et hyperesthésies	»	8	»	8	»
Insomnie	»	2	»	2	»
Névrite	»	14	»	14	1
Bed-Sore	»	1	»	1	»
Idiotie	»	2	»	2	»
Convulsions	»	1	»	1	»
Hémiplégie	3	10	3	13	»
Congestions du cerveau ou des méninges	»	2	1	2	»
HOPITAL GÉNÉRAL DE SINGAPOUR (MAC-DOWELL)					
Système nerveux	551	6 691	1 668	7 242	476
Paralysie agitante	»	2	2	2	»
Epilepsie	»	11	1	11	»
Céphalalgie	»	1	»	1	»
Névralgies	»	9	»	9	»
Sciatique	1	6	»	7	1
Aphasie	»	2	»	2	»
Neurasthénie	»	7	»	7	»
Idiotie	»	1	»	1	»
Débilité congénitale infantile avec épilepsie	2	»	1	2	1
— sans épilepsie	8	2	»	10	7
Épilepsie acquise	8	5	2	13	7
Paralysie générale	»	1	»	1	1
Manie aiguë	58	290	27	348	109
— délirante	»	6	2	6	»
— chronique	42	3	5	45	28
— récurrente	2	2	»	4	1
— alcoolique	»	5	»	5	1
— sénile	2	10	4	12	4
Mélancolie aiguë	4	59	6	63	20
— chronique	8	»	»	8	1
— puerpérale	1	»	»	1	»
Démence précoce	4	23	1	27	4
— secondaire	90	13	11	103	92
— sénile	1	3	1	4	2
— organique	1	5	»	6	6
Délires chroniques	»	7	»	7	»
Autres cas	1	13	2	14	1

Mouvement des aliénés en Birmanie.

	Existants. H.	Existants. F.	Entrants. H.	Entrants. F.	Sorties. H.	Sorties. F.	Décès. H.	Décès. F.
Idiotie et débilité congénitale....	23	14	3	0	0	0	2	1
Manies aiguës ou chroniques....	243	51	89	11	47	10	14	7
Mélancolie aiguë ou chronique..	93	29	18	15	11	5	8	4
Démences	14	7	2	2	»	»	»	»
Stupeur D. P.	2	1	0	0	»	»	»	»
Paralysie générale	0	0	0	0	»	»	»	»
Délire systématique	9	1	8	0	3	0	1	0
Épilepsie	36	9	13	13	3	3	1	1
Autres formes	1	1	4	0	3	0	1	0
Total	421	113	137	41	67	15	27	13

	Étiologie.	Existants.	Entrées.	Sorties.	Décès.
Causes physiques.	Charohs fumé	50	25	15	»
	Gauja fumé	2	»	»	»
	Bhang fumé	17	4	2	1
	Maduk et Chandu	1	»	»	»
	Opium mangé	3	3	1	»
	Opium charahs et Bhang	17	12	4	1
	Spiritueux	10	6	3	3
	Fièvres	10	4	3	4
	Insolation	8	5	1	2
	États congénitaux	20	3	»	3
	Épilepsie	39	18	3	2
	Surmenage	8	3	3	»
	Puerpéralité	11	2	1	3
	Hérédité	9	5	1	»
	Syphilis	2	1	»	»
	Névrose	7	«	»	»
	Inanition	5	»	»	»

Les six premières rubriques correspondent aux six variétés d'opiomanie.

Asile du Pendjab (1905-1909).

	Haschisch.	Opium.
Internés existants	53	28
Entrants de l'année	22	16
Criminels aliénés en observation	3	3
Total	77	47

Soit 47 aliénés par l'opium sur une population de 576 malades.

Nous extrayons les chiffres suivants du volume VI du rapport de la commission royale de l'*opium* (Part. I, t. IV, app. XVI, Londres, 1895).

PROVINCES — Moyenne des cinq dernières années.	Moyenne annuelle de suicides — par million d'habitants.	Proportion des suicides avérés par l'opium relativement au total des suicides.	Moyenne annuelle de consommation de l'opium par tête d'habitant.
Provinces Nord-Ouest et Oudh.	61	13,5 p. 100	25 grains
Madras	54	0,05 —	14 —
Provinces centrales	49	2,4 —	34 —
Bombay et Sind	46	9,5 —	46 —
Bengale	39	11,1 —	15 —
Punjab	20	5,0 —	141 —
Assam	20	5,0 —	141 —

Asile West Kgppik (Prétoria)

FORMES MENTALES	ADMISSIONS TOTAL		GUÉRISONS TOTAL		DÉCÈS TOTAL		EXISTANTS TOTAL	
	Europ.	H. de couleur	Europ.	H. de couleur	Europ.	H. de couleur	Europ.	H. de couleur
Débilité congén. infantile :								
— *a)* avec épilepsie.	1	—	—	—	1	—	9	1
— *b)* sans épilepsie.	4	8	—	—	—	3	16	9
Épilepsie	4	7	—	—	3	—	14	15
Paralysie générale	8	—	—	—	5	—	5	—
Manie :								
— aiguë	42	60	11	27	1	11	31	40
— chronique	—	—	—	—	1	1	31	71
— récurrente	—	2	1	—	—	1	1	4
— alcoolique	3	—	—	—	—	—	3	—
— puerpérale	1	—	1	—	—	—	—	—
— sénile	3	—	—	—	1	1	5	—
Mélancolie :								
— aiguë	11	7	8	—	—	—	7	6
— chronique	—	—	—	—	—	—	9	6
— récurrente	—	—	—	—	—	—	—	—
— puerpérale	1	—	1	—	—	—	—	—
— sénile	2	—	—	—	1	—	1	—
Démence :								
— précoce	1	19	—	3	—	8	1	13
— secondaire	—	—	—	—	1	5	15	36
— sénile	4	—	—	—	3	—	1	1
— organique	—	1	—	—	—	1	—	1
Total	85	104	22	30	17	31	149	203

		E.	C.	T.
Progression	1900	79	94	173
	1901	73	106	179
	1902	89	121	210
	1903	99	150	249
	1904	133	190	323
	1905	249	210	359

Asile égyptien de Kankah *(aliénés criminels indigènes)*.

	Entrées.	Sorties.
Manie	1 bris de sémaphore	guéri.
	1 vagabondage	»
Haschisch	1 rixe	mort.
	1 »	guéri.
	1 »	»
	1 »	»
	1 »	»
Pellagre	1 »	»
	1 assassinat	»
	1 »	»
	1 bris de clôture	mort.
	1 »	»
	1 meurtre	»
	1 »	»

	Entrées.	Sorties.
Démence	1 »	maintenu.
	1 »	mort.
	1 assassinat	maintenu.
	1 »	mort.
	1 meurtre	»
Mélancolie	1 rixe et bris de clôture	guéri.
Débilité cong.	1 vagabondage	non maintenu.
	1 »	sorti.
	1 »	»
	1 »	non maintenu.
Épilepsie	1 »	maintenu.
Alcoolisme	1 rixe	sorti.

Nationalités des malades admis à Kankah.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Arabes, Égyptiens	311	94	405
Berbères	9	—	9
Turcs	3	5	8
Soudanais	14	4	18
Syriens	12	4	16
Coptes	28	5	33
Arméniens	4	1	5
Italiens	6	4	10
Grecs	17	8	25
Français	4	1	5
Bulgares	1	—	1
Maltais	1	1	2
Russes	—	1	1
Persans	1	—	1
Autrichiens	1	2	3
Anglais	1	—	1
Juifs	13	5	18
Total des malades admis	426	135	561
Non reconnus malades	12	—	12
Total des personnes admises	438	135	573

Asile de Lawang a Battavia (1909).

	Européens.	Asiatiques.	
	H.	H.	F.
Mélancolie	1	3	1
Amentia	10	159	57
Stupeur	2	24	1
États périodiques	1	4	3
Folie transitoire	1	3	0
Manie acquise	0	1	2
Manie congénitale	0	1	0
Manie périodique	3	48	27
Folie cyclique	0	2	8
Folie épileptique	1	13	8
Paranoïa	20	17	8
Hypochondrie	1	4	0
P. G.	8	15	0
Démence	17	353	80
Imbécillité	1	9	11
Idiotie	2	9	2
Autres (15 Asiatiques B. P. G.)			
	68	680 +	201 = 881

STATISTIQUE DÉCENNALE DE L'ASILE INDIGÈNE DU CAIRE (ABASSIEH)

	1897			1898			1899			1900			1901		
	Hommes.	Femmes,	Totaux.	Hommes	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Haschisch	143	11	154	125	10	135	135	9	144	107	8	115	81	7	88
Alcool	8	1	9	12	4	16	9	3	12	13	1	14	12	3	16
Pellagre	13	10	23	29	10	39	27	9	36	27	9	36	27	10	37
Epilepsie	16	8	24	15	9	24	17	7	24	13	7	20	14	6	20
Démence organique	7	5	12	7	3	10	7	4	11	7	2	8	5	2	7
Paralysie généra e.	23	4	27	26	8	34	25	5	30	22	7	29	20	10	30
Imbécillité et idiotie	4	4	8	7	3	10	5	4	9	7	4	11	10	3	13
Sénilité	7		7	3	7	10	6	3	9	6	4	10	7	6	13
Puerpéralité		1	1		6	6		3	3		4	4		4	4
Insanité de l'adolescence (démence précoce)	4		4	8	2	10	6	1	7	5	1	6	5	0	5
Manie	107	46	153	93	51	144	101	48	149	105	47	152	106	44	150
Mélancolie	15	17	32	26	16	42	21	16	37	36	18	54	32	20	52
Paranoïa (persecutoria)	12	5	17	28	4	32	20	5	25	15	4	19	10	3	13
Manie chronique et démentielle	37	16	53	54	14	68	46	15	61	53	11	64	58	9	67
Manie aiguë															
Opium et datura	3		3												
Insanité post-fébrile															
Crétin															
Stupeur															
Non aliénés	8	2	10	8	3	11	7	3	10	8	3	11	9	2	11
	407	130	537	441	150	591	432	135	567	424	130	554	397	129	526

	1902			1903			1904			1905			1906		
	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes.	Femmes.	Totaux.	Hommes	Femmes.	Totaux.
Haschisch	85	6	91	68	6	74	53	10	63	63	9	72	53	10	63
Alcool	19		19	10	2	12	19	2	21	22	3	25	20	3	23
Pellagre	23	10	33	41	11	52	38	15	53	54	11	65	46	13	59
Epilepsie	15	4	19	8	4	12	17	5	22	19	6	25	18	5	23
Démence organique	9	2	11	2	0	2	3	1	4	2	0	2	2	1	3
Paralysie généra e.	16	9	25	29	6	35	23	4	27	28	6	34	26	5	31
Imbécillité et idiotie	13	3	16	10	0	10	6	4	10	15	1	16	13	3	16
Sénilité	6	4	10	8	8	16	7	5	12	14	6	20	10	6	16
Puerpéralité		6	6	0	0	0	0	4	4	0	3	3	0	6	6
Insanité de l'adolescence (démence précoce)	4	0	4				21	7	28	26	2	28	23	5	28
Manie	126	55	181	88	33	121	65	28	93	78	40	118	72	34	106
Mélancolie	36	21	57	28	18	46	26	16	42	27	22	49	25	20	45
Paranoïa (persecutoria)	16	5	21	8	3	11	6	3	9	4	0	4	5	2	7
Manie chronique et démentielle	52	4	56	61	17	78	46	15	61	71	19	90	59	17	76
Manie aiguë				3	2	5	6	1	7	3	5	8	4	3	7
Opium et datura															
Insanité post-fébrile							2	2	4	2	0	2	2	1	3
Crétin				1		1									
Stupeur				8	1	9									
Non aliénés	9	3	12	10	0	10	17	0	17	9	2	11	12	1	13
	429	132	561	383	111	494	355	122	477	437	135	572	390	135	525

Aliénés existants par race *(Asile de Java à Buitenzorg, 1909)*

Hollandais	72 (12 F.)
Allemands	13
Belges	17
Français	1
Suisses	4
Italiens	1
Polonais	1
Russes	2 (1 F.)
Austro-Hongrois	2
Anglais	1
Arméniens	1
Drust indiens	1
Indo-Européens	115 (40 F.)
Chinois	47 (20 F.)
Javanais	231 (143 F.)
Soudanais	47 (18 F.)
Maduras	9 (5 F.)
Insulaires voisins	23 (4 F)
Malais	66 (18 F.)
Arabes	3 (1 nègre)
Papous	1 (F)

Décès *(Asile indo-hollandais de Buitenzorg).*

1894-1900	Européens.	Chinois.	Javanais.	Total.
Béribéri	0	4	30	34
Tuberculose pulmonaire	9	1	8	18
Marasme	2	1	4	7
Entérites	3	0	2	5
Dysenterie	3	2	12	17
Paludisme	1	0	3	4
Anémie tropicale	1	0	5	6
Syphilis	0	0	2	2
P. G. et pachyméningite	5	0	1	6
Typhus abdominal	0	0	2	2
Apoplexie	4	0	1	5
Épilepsie	3	0	4	7
Divers	7	4	12	23

Entrées (1900).	Indo-Européens.		Asiatiques (Chinois et Javanais).	
	H.	F.	H.	F.
Délire aigu	3	1	1	0
Amentia	4	2	6	21
Démence	0	1	3	20
Démence précoce	4	0	1	0
Démence paralytique	2	0	1	0
Imbécillité	5	0	7	1
Folie épileptique	1	1	1	2
Folie mystique	0	1	0	1
Folie cyclique	0	5	1	6
Hypochondrie	0	1	0	0
Syphilis cérébrale	1	0	0	0
Manie	3	0	1	0
Mélancolie	2	0	1	0
M. malarique	1	0	0	0
Moria	0	0	2	0
Paranoïa	9	2	0	0
Stupidité	1	0	1	0
Idiotie	0	0	1	0

Statistique des asiles australiens.

PROPORTION DES ADMISSIONS A LA POPULATION

ANNÉES	ANGLETERRE	OUEST AUSTRALIA	SUD AUSTRALIA	VICTORIA	NOUVELLE GALLES	QUEENSLAND
	Total.	Total.	Total.	Total.	Total.	Total.
1877....	5,25	»	7,85	6,62	6,96	4,78
1881....	5,18	»	6,95	6,18	6,14	5,82
1885....	4,90	»	6,93	5,35	5,97	6,85
1889....	5,29	»	6,80	6,02	5,09	6,12
1893....	5,99	»	7,03	5,78	5,66	5,89
1897....	6,05	6,29	5,78	6,56	5,32	5,15
1901....	6,37	7,02	5,79	6,34	6,15	6,56
1905....	6,33	5,33	6,02	6,05	6,74	6,34
1909....						

PROPORTION DES ASSISTÉS RELATIVE A LA POPULATION

ANNÉES	ANGLETERRE	OUEST AUSTRALIA	SUD AUSTRALIA	VICTORIA	NOUVELLE GALLES	QUEENSLAND
	Total.	Total.	Total.	Total.	Total.	Total.
1877....	2,69	»	2,01	3,15	2,84	2,05
1881....	2,80	»	2,11	3,59	2,83	2,57
1885....	2,92	»	2.30	3,33	2,78	2,39
1889....	2,96	»	2.53	3,32	2,75	2,50
1893....	3,02	»	2,53	3,43	2,82	2,98
1897....	3,18	1.29	2,61	3,67	3,04	3,10
1901....	3,30	1.50	2,67	3,71	3,25	3,43
1905....	3,50	1,93	2,57	3,91	3,51	3,60
1909....	3,48					

ANNÉES		ADMIS	GUÉRIS	DÉCÈS	MOYENNE DES EFFECTIFS	PROPORTION DES DÉCÈS à l'effectif
		Total.	Total.	Total.	Total.	Total.
Australie Ouest.	1902...	116	60	22	349	6,28
	1903...	155	47	27	403	6,69
	1904...	142	57	42	447	9,39
	1905...	136	59	50	472	10,59
	1906...	178	66	52	519	10,01
	1907...	208	60	51	589	8,65
Queensland.....	1883...	160	64	32	643	4,97
	1887...	234	109	55	836	6,58
	1891...	286	125	46	1 157	3,99
	1895...	239	98	95	1 364	6,09
	1899...	364	130	109	1 605	6,7
	1903...	337	135	133	1 827	7,22
Victoria	1891...	745	307	293	3 623	8,09
	1895...	654	221	325	3 929	8,27
	1899...	792	352	348	4 206	8,27
	1903...	766	324	362	4 348	8,32
	1907...	728	219	328	4 571	7,17
Australie Nord.	1877...	186	87	48	455	10,5
	1881...	199	126	51	587	8,6
	1885...	219	128	45	701	6,4
	1889...	218	131	54	773	9,0
	1893...	246	120	61	851	7,1

Asiles de Maryland (1907-1908).
Asiles publics (Sprug Grawe — Bay View — County — Alnis).

Gens de couleur	F.	1 400
	H.	1 250
Blancs	F.	1 090
	H.	570

Asile de Rio (Dr Rey) 1870.

		H.	F.	
Libres	nationaux	119	85	453
	étrangers	38	28	
	indigents	91	92	
Affranchis	nationaux	2	8	42
	étrangers	6	5	
	indigents	8	13	
Esclaves	nationaux	2	0	11
	étrangers	1	3	
	indigents	2	3	

Dr H. Roxo. — *Rio de Janeiro* (1905).

	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904
Blancs	217	349	389	381	376	379	356	333	328	321
Noirs	110	127	106	172	152	150	127	122	127	133
Métis	91	130	128	151	179	168	132	153	159	203
Total	418	606	633	704	707	697	615	608	614	657

A noter le contraste entre le nombre des aliénés de couleur au temps de l'esclavage (11) et celui de nos jours (133 et 203 métis). Cela laisse rêveur sur l'assistance des noirs avant 1870 plutôt que cela ne saurait servir d'argument certain d'une progression des folies après l'affranchissement.

Saint-Paul *(Statistique de quinze ans sur 2 741 malades).*
(Hommes de couleur.)

MALADIES		Sur le total de 2 741 malades. Nègres.	Mulâtres.
Idiotie		10	4
Imbécillité		24	28
Démence	sénile	20	9
	organique	3	2
	terminale	6	10
Démence paralytique		2	16
Démence précoce	paranoïde	49	48
	hébéphrénique	2	6
	catatonique	4	—
Folie maniaque dépressive (manie)		38	29
Folie de prédominance dépressive		32	33
Folie à forme mixte		27	26
Mélancolie anxieuse		2	—
Hystérie (délire transitoire)		2	8
Épilepsie —		33	30
A reporter		254	249

Report		254	249
Paranoïa (d'après Kraepelin)		—	1
Délires atypiques, folie morale et impulsive des dégénérés.		6	17
Délire systématique transitoire des dégénérés		3	11
Psychoses par intoxications et toxi-infections.	alcool	41	39
	morphine	—	—
	cocaïne	—	—
	délire aigu	—	—
	puerpérale	—	—
	thyroïdienne	1	1
		305	318

Extrait statistique des cinq dernières années (1906 à 1910).
(Hommes de couleur.)

MALADIES		Nègres.	Mulâtres.
Idiotie		5	4
Imbécillité		6	8
Démence	sénile	8	1
	par lésions en foyer	1	—
	terminale	4	1
Démence paralytique		2	7
Démence précoce	paranoïde	11	11
	hébéphrénique	1	6
	catatonique	3	—
Folie maniaque dépressive (manie)		10	9
Folie de prédominance dépressive		4	6
Folie à forme mixte		15	13
Mélancolie anxieuse		2	—
Hystérie (délire transitoire)		—	—
Épilepsie		19	10
Paranoïa		—	1
Délires atypiques, folie morale et impulsive des dégénérés.		1	1
Délire systématique transitoire des dégénérés		3	11
Psychoses par intoxications et toxi-infections.	alcool	12	14
	morphine	—	—
	cocaïne	—	—
	délire aigu		
	puerpérale	—	—
	thyroïdienne	1	
		108	106

Le tableau des étrangers comprend seulement les observations de cinq années, de 1905 à 1910.

Total des malades, y compris les Brésiliens, quelques Anglais, Polonais et Syriens : 1 058.

MALADIES		NATIONALITÉS ÉTRANGÈRES Italienne.	Espagnole.	Portugaise.	Allemande.
Idiotie		2	1	—	2
Imbécillité		4	—	1	1
Démence	sénile	6	3	2	—
	par lésions en foyer	4	—	1	—
	terminale	7	1	1	1
Démence paralytique		19	6	9	1
Démence précoce	paranoïde	20	5	7	5
	hébéphrénique	7	2	4	
	catatonique	3	—	4	1
A reporter		72	18	29	11

Report	72	18	29	11
Folie maniaque dépressive (manie)	25	7	6	1
Folie de prédominance dépressive	21	4	4	3
Folie à forme mixte	37	5	3	3
Mélancolie anxieuse	16	4	6	2
Hystérie (délire transitoire)	3	2	3	1
Épilepsie —	18	6	8	—
Paranoïa	—	—	1	1
Délires atypiques, folie morale et impulsive des dégénérés	5	—	—	1
Délire systématique transitoire des dégénérés	14	5	10	3
Psychoses par intoxications et toxi-infections. alcool	17	—	2	3
morphine	—	—	—	—
cocaïne	—	—	—	—
délire aigu	—	—	1	—
puerpérale	1	—	—	—
thyroïdienn.	—	—	—	—
	229	51	73	29

TROISIÈME RAPPORT

COMPLICATIONS NERVEUSES ET MENTALES DU PALUDISME



Rapporteur : le médecin-major CHAVIGNY

Séance du mardi 2 avril (soir)

Le président donne la parole à M. Chavigny pour l'exposé de son rapport sur les complications nerveuses et mentales du paludisme.

DISCUSSION

M. Mabille. — Messieurs, la question des rapports du paludisme avec les troubles nerveux et mentaux est déjà ancienne et continue à être hérissée de nombreuses difficultés.

Il nous faut donc savoir gré à M. le docteur Chavigny d'avoir fait tous ses efforts pour l'élucider et je le remercie, au nom de tous, de l'exposé clair et documenté qu'il vient de faire d'une façon si autorisée.

M. Dumolard (d'Alger). — J'ai lu le rapport de notre distingué confrère M. Chavigny et j'ai écouté l'exposé qu'il vient de nous en faire avec beaucoup d'intérêt, avec d'autant plus d'intérêt que le rapporteur est arrivé, par la plus fine des critiques, à formuler au sujet des complications nerveuses et mentales du paludisme la seule conclusion possible actuellement : de ces dernières nous ne savons rien ou presque rien. Il serait en effet impossible d'interpréter autrement que par l'insuffisance des matériaux cliniques accumulés le contraste qui existe entre la concision voulue de la première partie du rapport et l'abondante documentation bibliographique qui lui fait suite. A ce point de vue, j'irai donc encore plus loin que notre confrère et je dirai qu'il me semble indispensable de réunir des documents cliniques nouveaux, au point de vue des manifestations nerveuses du paludisme tout au moins, les seules dont je m'occuperai. Le rapporteur écrit lui-même d'ailleurs que le plus grand nombre des observations manquent du contrôle scientifique actuellement nécessaire. Si l'on met à part, en effet, un nombre relativement restreint d'observations, les autres ont trait pour la plupart à des affections nerveuses observées chez des paludéens ; quand il s'agit alors de libérer des nombreux autres facteurs infectieux ou toxiques la part étiologique du paludisme, la tâche est particulièrement difficile. Le problème, dans ces condi-

tions, doit être repris à sa base par l'étude systématique du paludisme aigu.

Je me suis donc attaché à observer méthodiquement le système nerveux du plus grand nombre possible de paludéens en période aiguë (qu'il se soit agi de paludisme d'invasion, de rechutes ou de paludisme de réinfection) ; j'ai observé ainsi, en collaboration avec mes confrères Aubry et Trolard à l'hôpital d'Alger, 200 paludéens. Nous nous contenterons de rapporter au Congrès les résultats généraux auxquels nous sommes arrivés, les observations détaillées devant être communiquées en détail dans une prochaine séance de la Société de Neurologie de Paris.

Mettant à part les manifestations hystériques provoquées par l'apparition de l'accès (nous en avons observé un cas chez un indigène), nous avons constaté sur ces 200 malades onze cas de manifestations nerveuses diverses dont nous allons d'abord donner l'énumération :

1° Hémiplégie droite, aphasie, mort. Autopsie : hémorragie méningée ;

2° Coma ; hémiplégie alterne, syndrome de Weber ; autopsie : congestion des centres nerveux surtout au niveau des pédoncules et du cervelet dont les capillaires sont bourrés de parasites et de pigments ;

3° Syndrome méningé atténué au cours d'un paludisme d'invasion ;

4° Syndrome méningé, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien : guérison ;

5° Syndrome de Landry à forme de myélite aiguë diffuse chez un saturnin paludéen ; lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, guérison en quelques jours (publiée en détail dans la *Revue neurologique*, 30 mars 1910).

6° Polynévrite des membres inférieurs consécutive à une affection aiguë étiquetée fièvre typhoïde sans séro-diagnostic chez un homme de 50 ans environ. L'état reste stationnaire jusqu'au jour où apparaît un accès de fièvre avec hématozoaires dans le sang. Traitement quinique, guérison rapide.

7° Cinq cas d'accès pernicieux à forme cérébrale comateuse, dont deux mortels.

Nous pouvons donc dire que dans un vingtième environ des cas que nous avons observés, il y a eu des manifestations nerveuses. Si nous ajoutons enfin que sur une vingtaine de ces mêmes malades choisis parmi les cas à allure grave, ne présentant cependant aucun phénomène clinique nerveux apparent, nous avons pratiqué systématiquement la ponction lombaire et que dans deux cas nous avons constaté des modifications du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose), nous pourrons conclure d'abord que le système nerveux des paludéens est atteint soit superficiellement, soit gravement, dans une proportion encore impossible à déterminer à l'heure actuelle, mais qui ne laisse pas d'être importante.

Mais il y a plus : de l'étude clinique à laquelle nous nous sommes livrés, des notions importantes nous ont semblé se dégager qui méritent de retenir l'attention ; nous voulons rappeler d'abord, au point de vue anatomo-pathologique, l'importance du facteur : congestion et encombrement des capillaires par l'hématozoaire et son pigment.

Cette constatation, qui n'a aucunement le mérite de la nouveauté, nous semble cependant intéressante à rappeler pour montrer que, même dans les manifestations en apparence les mieux systématisées, les lésions peuvent être purement congestives. Ces lésions sont capitales ; on doit toujours les avoir présentes à l'esprit, car, tant qu'elles sont seules en jeu, et cela est toujours possible, on ne doit pas désespérer de la guérison complète sous l'influence d'un traitement bien conduit.

Ces lésions font prévoir, en outre, qu'en pratique on peut s'attendre à observer les syndromes cliniques les plus divers au cours du paludisme aigu, aucune infection n'étant capable *a priori* de réaliser de façon plus nette les inhibitions fonctionnelles les plus variées des diverses parties du système nerveux, grâce justement à la localisation variable des phénomènes congestifs.

En effet, ces données théoriques sont complètement confirmées par l'examen clinique : on peut observer les cas en apparence les plus dissemblables depuis la névralgie et la paralysie périphérique sensitive ou motrice la plus localisée jusqu'aux convulsions généralisées ou au coma complet, en passant par les paralysies médullaires, les épisodes méningés, les syndromes alternes ou cérébelleux, etc.

Sans vouloir insister plus longuement sur ces différentes formes cliniques dont l'intérêt, si l'on s'arrête à notre façon de voir, n'est plus qu'une question de localisation anatomique, qui peut être dans certains cas particulièrement instructive, mais qui, à un point de vue plus général, ne mérite pas une attention particulière, nous voudrions formuler quelques remarques personnelles. Nous avons, en effet, été frappés de la rareté des phénomènes névralgiques au cours du paludisme aigu puisque, les névralgies diaphragmatiques mises à part (dont la pathogénie tout à fait mécanique, bien étudiée par Crespin et Claude, est en rapport avec la distension rapide des parenchymes hépatique et splénique), nous n'avons pas observé un seul cas de névralgie typique. Certes, les paludéens aigus présentent avec une fréquence extrême des douleurs à localisation diverse : céphalalgie, douleurs dans la continuité des membres; mais, si on analyse de près la symptomatologie, on constatera qu'il s'agit là, le plus souvent, de localisations articulaires, osseuses ou musculaires. Nous n'avons certes pas l'intention de nier la névralgie paludéenne, nous sommes convaincus qu'elle existe, mais nous devons dire cependant qu'à constater sa rareté clinique au cours du paludisme en évolution et tenant compte de la difficulté qui existe chez un ancien paludéen à déterminer les véritables causes d'une névralgie donnée, on a le droit de se demander si, vraiment, la très grande fréquence des névralgies paludéennes devenue un dogme classique ne devrait pas être reprise à la lumière d'observations et de statistiques probantes. On comprend d'ailleurs, au moins dans le paludisme aigu, combien les localisations nerveuses centrales doivent être fréquentes relativement aux localisations périphériques, étant donnée la richesse vasculaire de la moelle et du cerveau.

Ces localisations centrales, on peut schématiquement les diviser de la façon suivante :

a) *Médullaires*, avec inhibition fonctionnelle d'une partie plus ou moins localisée de la moelle, pouvant aller de la monoplégie la plus légère jusqu'à la quadriplégie la plus complète, que son apparition se fasse brutalement ou par étapes, réalisant ce que nous pourrions appeler un véritable accès pernicieux médullaire analogue au syndrome de Landry dont nous avons rapporté l'observation.

b) *Méningées*, allant des convulsions généralisées et du syndrome méningé le plus complet jusqu'à l'esquisse cliniquement la plus effacée des réactions méningées et même jusqu'à une réaction méningée cytologique sans aucune expression clinique, ainsi que nous l'avons mis en évidence par nos ponctions lombaires systématiques. Ces syndromes méningés ont été constatés en particulier par :

MM. Caputo, *Gazetta degli Ospidali a delle cliniche*, an XXIX, nº 11, p. 166, 26 janvier 1908;

Vitello Giuseppe, *Sezionne pratica*, an XVI, fasc. 3, p. 78, 17 janvier 1909;

M. Porot, Méningite cérébro-spinale chez un jeune paludéen. *XXᵉ Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes*, **1910** ;

MM. Ardin-Delteil, Reynaud et Granger, *Bulletin médical de l'Algérie*, novembre 1911 ;

Et nous-même.

c) *Bulbo-ponto-cérébelleuses;* donnant lieu à des syndromes alternes (tel le cas personnel que nous venons de publier en détail) ou à des syndromes cérébelleux comme en ont rapporté :

Alfredo Bevacqua. Naples, *Riforma medica*, an XXIV, nº 50, page 1383, 14 décembre 1908 ;

Emmanuel Grande, *Riforma medica*, an XXV, nº 41, page 1133, 11 octobre 1909 ;

Gaétano et Rummo, *Riforma medica*, an XXVI, nº 28, p. 756, 11 juillet 1910.

d) *Cérébrales;* allant de l'hémiplégie la plus minime à l'hémiplégie avec anarthrie et aphasie au coma complet dont l'histoire bien connue depuis longtemps correspond à l'accès pernicieux cérébral.

Or, si nous analysons cet accès pernicieux cérébral, manifestation la plus typique, en somme, du paludisme nerveux dans ses éléments symptomatiques, nous voyons que sa caractéristique clinique la plus distinctive consiste dans les modifications extraordinairement rapides dans l'état du malade, lorsque la mort ne termine pas rapidement la scène. Ces modifications heureuses sont quelquefois spontanées, mais apparaissent le plus souvent sous l'influence d'une médication bien conduite. Tel malade, la veille dans le coma, peut, le lendemain, avoir recouvré toutes ses facultés, ne présentant plus aucun trouble ou seulement des troubles nerveux excessivement légers. La rapidité d'évolution soit vers la mort, soit vers l'amélioration, la variabilité extrême des phénomènes observés, la guérison clinique complète souvent possible des états en apparence les plus désespérés, voilà bien, croyons-nous, des caractères qui donnent à l'accès pernicieux sa physionomie bien spéciale. Ces caractères se retrouvent à notre avis dans la plupart des manifestations paludéennes aiguës et sont suffisants pour donner à l'observateur averti une impression clinique qui dirigera son attention vers le paludisme. Ce sont là des indications précieuses qu'il importait, croyons-nous, de faire ressortir ; elles ont l'avantage d'être simples et de correspondre, ainsi que le prouve l'observation de paralysie alterne que nous venons de rapporter, à la réalité des faits, et d'unir par une chaîne pour ainsi dire ininterrompue les manifestations nerveuses du paludisme aigu depuis la plus simple jusqu'à la plus grave.

Mais ce serait évidemment simplifier les choses à l'extrême que d'admettre à la base de chacune des manifestations nerveuses cette théorie un peu trop mécanique des congestions rapides et variables. Ce facteur joue certes un rôle capital, mais il n'est pas le seul dont il faille tenir compte ; d'autres facteurs nombreux interviennent sans doute, parmi lesquels il faut citer en première ligne l'influence des diverses toxines encore inconnues sécrétées par l'hématozoaire.

Mais on a déjà pressenti que si, dans certains cas, ces phénomènes morbides peuvent disparaître complètement, dans d'autres cas la congestion active et l'encombrement capillaire par l'hématozoaire et son pigment aboutissent à des lésions définitives plus ou moins étendues d'ordres très divers sans doute et dont quelques-unes sont déjà connues ; nous voulons parler des thromboses et des ruptures vasculaires.

Ces lésions (notre cas d'hémorragie méningée en est un bel exemple) sont sans doute commandées par des causes secondes : hypertension ou lésions vasculaires antérieures, tendance hémorragique possible de l'infection. Elles sont dans tous les cas particulièrement instructives parce qu'elles montrent que le paludisme peut aboutir à des lésions définitives qui se traduiront en clinique par les syndromes de déficit fonctionnel variables, eux aussi, avec la localisation de la lésion. Elles montrent enfin la part que peut revendiquer le paludisme dans l'étiologie de certaines affections nerveuses chroniques. C'est ainsi que nous avons observé chez un paludéen jeune et gravement infecté, avec notre maître regretté, le professeur Scherb, un syndrome syringomyélique immobilisé dans son évolution depuis de longues années. Ce syndrome, qui avait fait suite à une paralysie ascendante à rechute, nous a paru devoir être rapporté avec très grande probabilité au paludisme.

A la lumière de ces faits nouveaux nous croyons qu'il est permis de dire en

terminant qu'indépendamment des complications nerveuses du paludisme aigu dont les caractères cliniques sont si spéciaux il est permis d'entrevoir dès à présent comme très réel et comme important sans doute, le rôle étiologique du paludisme sur certaines affections du système nerveux dont les causes restent entourées d'obscurité, telles, par exemple, certaines formes de syringomyélie et de sclérose en plaques.

Ces documents cliniques, bien qu'insuffisants, nous permettent cependant déjà d'envisager certains côtés du problème étiologique et pathogénique. C'est ainsi que nous avons cherché à dégager les divers facteurs secondaires qui pouvaient favoriser l'éclosion des manifestations nerveuses paludéennes : hérédité nerveuse, infections, intoxications ; or, s'il n'est pas douteux que les intoxications diverses (alcool, plomb) exercent une influence indiscutable sur leur apparition, cette influence n'est pas nécessaire ; de même qu'un paludéen qui délire, un paludéen qui est dans le coma, n'est pas nécessairement un alcoolique.

Au point de vue pathogénique, nous rappellerons que nos observations nous amènent à donner, dans certains cas au moins, une importance de premier ordre à la congestion. Il semble bien difficile de ne pas l'admettre en présence de localisations aussi remarquables qu'une hémiplégie pédonculaire sans autre lésion. L'insuffisance fonctionnelle des reins et du foie, qui joue très vraisemblablement un rôle important, devrait être étudiée dans les formes cérébrales à la lumière des moyens d'investigation actuels. Quant aux autres facteurs (destruction des globules rouges, toxines propres de l'hématozoaire), nous ne pouvons aujourd'hui qu'entrevoir leur intervention. Comme le dit le rapporteur, la solution de ce problème sera l'œuvre de demain.

M. Porot (de Tunis). — J'ai été heureux d'entendre mon confrère, le docteur Dumolard, d'Alger, parler des localisations *méningées* du paludisme. J'avais déjà signalé ces réactions méningées en rapport avec le paludisme dans une observation fort curieuse communiquée à notre XXe Congrès (Bruxelles-Liège).

MM. Ardin-Delteil et Dumolard en ont donné des observations toutes récentes.

Personnellement, j'ai de nouveau observé ce syndrome l'année dernière chez un jeune enfant de neuf ans venu en août, dans mon service, avec des symptômes imposant le diagnostic de méningite cérébro-spinale (prostration, cri hydrencéphalique, raideur, Kernig, mydriase et même strabisme) ; la ponction lombaire montrait une lymphocytose assez nette ; mais le liquide était stérile ; en dix jours, tous ces symptômes s'évanouirent ; dix jours après sa sortie, le petit malade rentrait avec des accès de fièvre intermittente caractéristiques dont la quinine eut vite raison.

A lire les observations dans lesquelles on trouve cet état méningé, il semble qu'il se rencontre surtout chez les jeunes sujets, dont les méninges réagissent plus facilement.

Autre trait clinique : ces cas sont presque toujours curables et ont une tendance remarquable à une évolution rapide et favorable.

En pays paludéen, on doit toujours essayer le traitement quinique en présence d'un état méningé mal expliqué par ailleurs.

M. Simonin (Val-de-Grâce) apporte deux observations empruntées à sa pratique hospitalière.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un fonctionnaire de l'Afrique Occidentale que des absences de mémoire avaient fait relever temporairement de ses fonctions. Il avait été dénoncé au ministre des colonies comme alcoolique. L'expert avait à trancher la question de savoir si cette dysmnésie partielle, qui se présentait sous la forme d'amnésie antérograde ou de fixation, relevait de l'alcoolisme ou d'atteintes paludéennes invoquées par l'intéressé.

L'expertise démontra l'existence d'hépato et de splénomégalie telles qu'on les rencontre dans le paludisme. Le malade était, en outre, atteint d'insuffisance hépato-rénale : la quantité d'urée excrétée oscillait entre 9 et 14 grammes dans les vingt-quatre heures ; les urines contenaient une légère quantité d'albumine; il existait, en outre, une hypoglobulie marquée. Un examen minutieux ne permit point d'autre part de constater les stigmates habituels de l'alcoolisme, ni du côté du système nerveux ni du côté de l'appareil digestif. D'ailleurs la dysmnésie disparut au bout d'un certain temps, grâce à un régime de désintoxication, au traitement du paludisme chronique.

Le second cas, extrêmement intéressant, concernait un sous-officier colonial qui, rapatrié de Madagascar après avoir souffert d'atteintes paludéennes prolongées, fut traité au Val-de-Grâce pendant quatre mois pour une polynévrite généralisée. Quelques mois plus tard, ayant de nouveau séjourné à la colonie, il présenta une légère rechute étiquetée par le médecin traitant « polynévrite éthylique ». Fort de sa sobriété et peu soucieux de voir ce diagnostic le suivre pendant toute sa carrière, il réclama une rectification par voie hiérarchique. Le ministre ayant ordonné une contre-expertise, il fut prouvé par des témoignages authentiques que ce militaire, qui appartenait d'ailleurs à une excellente famille bourgeoise, ne s'était grisé qu'une fois dans sa vie, à sa nomination au grade de brigadier ; sa sobriété habituelle était affirmée par tous ses chefs militaires ; on ne put retrouver dans ses antécédents pathologiques aucune infection ou intoxication en dehors des atteintes de paludisme graves et réitérées ; il obtint en conséquence la suppression du qualificatif « éthylique » accolé à sa polynévrite.

M. Grall. — Le professeur Chavigny, dans sa communication si intéressante, n'a pas voulu remonter au delà des acquisitions récentes de la science médicale en cette matière. Il me permettra cependant de rendre hommage aux travaux de nos devanciers. Si les mots de polynévrite, de psychonévrose sont d'introduction récente dans le langage scientifique, les faits et leur pathogénie n'avaient pas échappé à nos confrères des colonies et de l'Algérie.

Il est un nom qu'en ces matières il convient de citer : c'est celui du médecin en chef de la marine Segond. Qu'on veuille bien se rapporter à ses travaux originaux et l'on se rendra compte que, dans sa monographie sur « la névrose du sympathique », se trouvent longuement relatés, judicieusement *discutés*, des faits nombreux et probants de névrite et de troubles mentaux en même temps qu'est mise en relief la relation étiologique de ces manifestations morbides que Segond rattache expressément à l'intoxication palustre.

M. Anglade. — Par analogie avec ce qui se passe dans les rapports de la puerpéralité avec les psychoses, j'estime qu'il faut être très prudent avant de déclarer qu'un syndrome mental est d'origine paludéenne. Le paludisme comme la puerpéralité doit n'être souvent qu'une circonstance occasionnelle. Déclancher une maladie latente n'est pas la produire et le fait d'observer un syndrome confusionnel ne suffit pas, selon moi, pour permettre de déclarer qu'il est infectieux ou toxique. Je constate que toutes les maladies mentales aiguës sont susceptibles de s'envelopper, à leur début, d'un nuage confusionnel. Si l'observation se poursuit, on voit le nuage se dissiper et la vésanie apparaître. On devine l'importance pratique de cette constatation quand il s'agit de pensions de retraite. J'ajoute que de tous les syndromes présumés toxiques, un seul m'a frappé par sa netteté : celui de Korsakoff. Il ne faudra pas trop le perdre de vue lorsqu'on voudra affirmer une étiologie toxique.

La question s'élargit à ce moment, en portant sur les psychoses toxiques et infectieuses en général, et du débat auquel prennent part MM. Anglade, Régis, Dupré et Vigouroux se dégagent ces deux conclusions, à savoir que des modifications physiques et chimiques de l'urine jugent et signent en quelque

sorte les psychopathies d'origine toxique (Régis) et que le paludisme ne saurait être écarté *a priori* de l'étiologie de la paralysie générale (Vigouroux).

M. Régis. — M. Chavigny a insisté avec juste raison, dans son rapport, sur les relations du paludisme et de l'alcoolisme, au point de vue mental. C'est là, à mon avis, l'un des points les plus importants de la question.

Et d'abord, il faut bien savoir, une fois pour toutes, que le paludisme se manifeste par des troubles psychopathiques identiques à ceux de l'alcoolisme, notamment par de la confusion mentale et du délire hallucinatoire onirique. Cela n'a rien de surprenant, car, ainsi que je me suis efforcé de le montrer, tout empoisonnement de l'organisme, d'origine toxique ou infectieuse, externe ou interne, se traduit par la même formule délirante ; ce qui peut s'expliquer par ce fait établi par Klippel et qui paraît devoir être généralisé, que le délire toxique est avant tout un délire par insuffisance éliminatoire, par rétention, un délire hépato-rénal.

On ne saurait donc trop s'élever contre cette tendance qu'ont encore beaucoup de nos confrères à considérer le délire zoopsique et terrifiant comme ayant toujours une signification alcoolique et à voir en tout paludéen qui présente ce délire un délirant alcoolique. Maintes fois des coloniaux victimes du paludisme ont été, par suite de cette erreur, frustrés d'une pension de retraite à laquelle ils avaient droit.

Ce qui complique le problème, en l'espèce, c'est que le paludisme, qui ressemble tant, mentalement, à l'alcoolisme, s'allie de plus fréquemment à lui. Le fait est absolument indéniable.

Il ne faudrait pas cependant, avec certains, regarder cette association comme constante. Beaucoup de paludéens ne sont pas des alcooliques et j'ai observé pour ma part des officiers, des confrères coloniaux absolument sobres qui, sous l'influence du seul paludisme, avaient présenté un délire tout à fait pseudo-éthylique. J'ai connu notamment, dans ces conditions, une dame qui n'avait même jamais bu de vin.

Est-il possible, malgré la similitude des troubles psychopathiques du paludisme et de l'alcoolisme, de les distinguer les uns des autres, soit chez un individu purement paludéen, soit chez un individu à la fois paludéen et éthylique. Le problème, bien que difficile, n'est pas insurmontable. J'ai déjà indiqué quelques-unes des particularités sur lesquelles on peut s'appuyer pour le résoudre (1) et mon élève, le médecin de la marine Hesnard, actuellement en Crète, vient d'adresser au Congrès, pour être joint à cette discussion, un important travail sur « le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique », qui constitue une bonne mise au point de la question.

Les différences principales consistent à mon avis dans ce fait que les psychoses paludéennes sont caractérisées surtout par la déchéance, par l'usure physique et mentale, par un fléchissement général de l'organisme avec aboulie, dépression psychique, dysmnésie, amnésie, se rapprochant ainsi davantage des psychoses infectieuses que des psychoses toxiques proprement dites. Il va de soi que c'est dans les formes chroniques du paludisme et dans celles qui s'accompagnent de dysenterie que ces symptômes d'asthénie sont le plus marqués.

Ceci m'amène, pour finir, à appeler l'attention sur un chapitre très important et encore inédit de l'histoire du paludisme, je veux parler du chapitre médico-légal.

A maintes reprises, parmi mes expertises près le conseil de guerre de Bordeaux, j'ai rencontré des inculpés dont les délits, survenus parfois après une carrière militaire irréprochable, étaient en grande partie imputables à leur

---

(1) E. Régis, *Précis de psychiatrie*, 4e édit., p. 555.

long passé colonial et paludique et à l'usure physique et mentale qui en résultait.

Voici un extrait de mon rapport médico-légal relatif à l'un d'eux, poursuivi pour désertion à l'intérieur. Je le cite ici parce que le cas est absolument caractéristique et pour ainsi dire le type du genre.

... « L'examen objectif ne révèle, chez B..., que des malformations corporelles légères et peu nombreuses (aplatissement occipital, asymétrie faciale et palatine).

Ce qui domine chez lui, au point de vue physique, c'est une usure générale des plus manifestes. A 32 ans, B... a toutes les apparences d'un homme fatigué, affaibli, presque cachectisé. Il est amaigri, débilité, hors d'état d'accomplir un effort sans être las, avec transpiration des mains et sensation de jambes coupées. Son teint est terreux, ses dents sont presque entièrement tombées, ses muscles sont réduits de volume et flasques.

Il a de la céphalée, de la sensation de vide dans la tête, du vertige avec bruits dans les oreilles l'obligeant parfois à s'appuyer pour ne pas tomber, enfin, à certains moments, de l'insomnie. Son appareil respiratoire et son appareil circulatoire ne présentent rien de particulier. Il en est de même de sa sensibilité et de sa réflectivité.

Sa dysenterie existe toujours, avec des hauts et des bas. Tant qu'il est au régime, ses selles restent relativement peu abondantes, bien que toujours glaireuses. Mais dès qu'il fait une infraction à ce régime, le nombre des selles augmente considérablement, pour atteindre le chiffre de vingt à vingt-cinq par jour. Parfois aussi elles s'accompagnent de coliques, de tranchées extrêmement douloureuses et deviennent sanguinolentes.

Au point de vue mental, les mêmes signes d'asthénie, c'est-à-dire de faiblesse, d'épuisement, se retrouvent chez B... Ces signes se traduisent surtout par une aprosexie et une dysmnésie caractéristiques.

B... ne se rend pas lui-même un compte exact de cet état. Il a constaté qu'il ne retient pas aisément ce qu'il lit, ce qu'on lui dit ou ce qu'il fait, qu'il se rappelle moins les événements de la veille que ceux d'il y a vingt ans, qu'il est obligé de chercher pour raconter sa vie, qu'il se trompe même parfois, mais c'est tout. Or, un examen méthodique de sa mémoire nous a montré qu'en réalité elle était assez profondément atteinte, que ses souvenirs étaient des plus confus et que ses connaissances scolaires avaient, pour la plupart, disparu. Une simple multiplication, qu'il se croyait sûr de bien faire, l'a beaucoup embarrassé ; il s'est vite embrouillé, malgré ses efforts, dans les retenues et a fini, fatigué, par y renoncer.

Cette faiblesse mentale s'accompagne chez lui d'un certain degré d'indifférence émotive, de tristesse passive, et, dans les moments de paroxysme de sa dysenterie, de découragement et de dégoût de la vie.

B... n'a pas actuellement d'idées délirantes ou d'hallucinations. Les seuls phénomènes de ce genre qu'il ait éprouvés ne sont survenus qu'au cours de ses grands accès fébriles de paludisme. Ils ont consisté en crises de délire hallucinatoire durant lesquelles, revivant ses anciens voyages, il se croyait en Chine, voyait les dragons en poterie s'animer et s'avancer vers lui la gueule ouverte, se voyait entouré de serpents grouillant autour de son corps, se sentait tomber dans des précipices ou immobilisé par quelque force inconnue, etc. A l'heure présente, il n'a plus que quelques rêves. parmi lesquels dominent les scènes de famille et les scènes de voyage. Il est possible, comme cela existe souvent en pareil cas, qu'il y ait une relation entre la nature de ces rêves et les tendances impulsives aux fugues avec retour chez les siens que manifeste B... et que nous devons caractériser maintenant en quelques mots, en terminant.

Une première constatation s'impose. C'est que B..., qui s'est engagé en 1900, puis rengagé en 1904, avec l'espoir d'arriver à une pension de retraite, s'est

bien conduit jusqu'en 1908 et que, en particulier, il ne s'est jamais livré, avant cette date, à la moindre tentative de désertion. Puis, brusquement, en 1908, les choses changent ; il fait une première désertion, bientôt suivie d'autres, et depuis ce moment, en dépit des condamnations qu'il a subies, il n'a cessé, aussitôt libre, de fuir son régiment.

Quelle est la raison de ce changement extraordinaire, quelle est la cause de ces fugues réitérées?

On ne trouve rien dans la vie de B..., qui ait pu lui inspirer le dégoût de la vie militaire et le désir de s'en affranchir juste au moment où il a le plus d'intérêt à y rester. Il ne ressemble d'ailleurs pas à un déserteur pour de bon, car il agit sans se cacher et c'est chaque fois, sauf la dernière, de lui-même qu'il revient.

Les fugues de B... apparaissent donc tout d'abord comme sans motif, c'est-à-dire comme pathologiques, et c'est ce qu'a parfaitement compris et exprimé son commandant de compagnie en disant de lui, bien que le jugeant parfaitement lucide et responsable de ses actes, que c'était un « monomane de la désertion ».

Poussant plus loin l'analyse, nous voyons que l'état mental de B..., durant ses fugues, est manifestement troublé. L'idée le prend, tout d'un coup, d'aller voir sa famille ; il ne sait comment, ni pourquoi, simplement peut-être parce que cette idée existait dans son subconscient de la veille comme dans celui de son sommeil. Il part aussitôt, sans résister, sans réfléchir, dans une sorte d'aboulie confuse, automatique. Il est à ce moment, dit-il, et cette expression nous paraît bien caractériser sa passivité absolue, « comme un gamin qu'on mènerait par le bras ». Il va, vient, voyage, se promène, travaille ou reste inerte, dans une sorte de vague psychique où il ne perçoit les choses que de façon très imprécise et très lointaine, comme un rêveur. Puis, rapidement ou lentement, cette phase d'obscurcissement mental se dissipe, B... prend une conscience nette de ses actes, les sentiments normaux lui reviennent, et il va spontanément ou sur l'avis des siens se déclarer à l'autorité, ne gardant de sa fugue, accomplie en un véritable état crépusculaire, qu'un souvenir incomplet et imparfait.

Une fugue de ce genre est, au premier chef, une fugue asthénique, c'est-à-dire due à la dépression intellectuelle, faite surtout de torpeur cérébrale, d'aboulie et de dysmnésie, qui caractérise essentiellement les états d'asthénie à prédominance psychique ou psychasthénie.

Or, B... est, nous l'avons vu, dans un état d'asthénie profonde, physique et mentale, résultat final des graves maladies coloniales dont il a été atteint, en particulier du paludisme chronique avec dysenterie qui ne cesse, depuis des années, de débiliter progressivement son organisme.

La succession des phénomènes s'explique ainsi tout naturellement. B... était autrefois robuste et de bonne santé ; tant qu'il est resté ainsi, il fut un bon soldat. Devenu malade, ses forces se sont peu à peu affaiblies et lorsque l'usure générale a atteint un certain degré, lorsque l'épuisement nerveux s'est trouvé suffisant, il n'a plus été qu'un être sans force et sans volonté, incapable de résister aux moindres sollicitations impulsives ou, pour employer ses propres expressions, « qu'un gamin qu'on mène par le bras ».

B... est un type de ces hommes sains et vigoureux, tombés dans une déchéance progressive par l'effet débilitant des maladies tropicales, que connaissent bien les médecins coloniaux et dont nous avons vu personnellement maints autres exemples.

C'est un malade digne de pitié, actuellement présenté à la Commission de réforme par le médecin principal de l'hôpital militaire qui lui donne ses soins et certainement irresponsable de l'acte de désertion pour lequel il est poursuivi.

Le conseil de guerre acquitta B... et il fut mis à la réforme, mais à la réforme

n° 2. C'est, pensons-nous, la réforme n° 1 que méritait ce malheureux, usé jusqu'à la corde par 13 ans de services coloniaux, et qui à 32 ans, proche de sa retraite, était éliminé de l'armée et rentrait dans la vie civile, à peu près incapable de travailler et sans ressources.

Je possède plusieurs cas médico-légaux de ce genre, auxquels vient de s'ajouter un très intéressant rapport médico-légal de mon ami le docteur Meilhon, de Quimper, sur un cas de meurtre accompli par un ancien soldat colonial au sortir de l'hôpital militaire où il venait d'être traité pour accidents paludéens.

Il serait trop long d'énumérer tous ces faits, qui feront plus tard l'objet d'un travail spécial. J'ai simplement voulu montrer ici qu'il existe une médecine légale du paludisme et que cette médecine légale est très importante à connaître, surtout quand il s'agit d'apprécier l'état mental d'inculpés coloniaux.

COMMUNICATIONS RELATIVES
AUX COMPLICATIONS NERVEUSES ET MENTALES DU PALUDISME

Statistique portant sur le nombre de paralytiques généraux du service des hommes de l'asile de Vaucluse ayant subi l'infection paludéenne

Par M. A. Vigouroux.

M. Chavigny; dans son rapport, a volontairement omis de parler de l'importance des associations du paludisme avec les autres infections ou intoxications dans la pathogénie de certaines maladies nerveuses et mentales et en particulier de la paralysie générale.

Cependant la fréquence avec laquelle on rencontre le paludisme dans les antécédents des paralytiques généraux est frappante, puisque à l'asile de Vaucluse, sur les 62 paralytiques généraux actuellement dans notre service, nous avons pu le retrouver quatorze fois, ce qui donne la proportion de 22,5 pour 100.

Il s'associe fréquemment à la syphilis et à l'alcoolisme. Il n'est pas impossible d'admettre que l'infection palustre, agissant sur le cerveau, favorise ou facilite l'action des toxines syphilitiques.

Nous devons ajouter cependant que nous émettons là une hypothèse toute théorique, car dans les autopsies et les examens histologiques d'anciens paludéens devenus paralytiques généraux, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer traces de lésions cérébrales ou même organiques susceptibles d'être rapportées au paludisme.

A titre de document, nous donnons le tableau ci-dessous :

NOMS	AGE et PROFESSION	DIAGNOSTIC	DATE de l'infection paludéenne	PAYS D'INFECTION	SYPHILIS	AUTRES INFECTIONS ou intoxications	DATE du début de la maladie
P... Philippe...	34 ans, mécanicien.	P. G.	27 ans.	Cuba.	29 ans.	»	33 ans.
F... Louis......	36 ans, cocher.	P. G.	25 ans.	Algérie,	?	»	33 ans.
J... Émile.....	44 ans, employé.	P. G.	26 ans.		?	»	42 ans.
B... Léon......	56 ans, comptable.	P. G.	23 ans.	Algérie.	?	Alcoolisme.	54 ans.
O... Jules,.....	35 ans.	P. G.	22 ans.	Tonkin.	26 ans.	»	33 ans.
L... Ernest.....	40 ans, comptable.	P. G.	28 ans.	Madagascar.	?	»	38 ans.
B... Auguste...	53 ans, cocher.	P. G.	23 ans.	Tunisie.	?	Alcoolisme.	52 ans.
L... Jules......	34 ans, menuisier.	P. G.	25 ans.	Algérie.	24 ans.	»	33 ans.
F... Jean......	40 ans, courtier.	P. G.	23 ans.	Algérie.	26 ans.	Alcoolisme.	39 ans.
R... Édouard...	37 ans, comptable.	P. G.	24 ans.	Algérie.	33 ans.	Alcoolisme.	35 ans.
L... Jacques...	50 ans.	P. G.	25 ans.	Algérie.	25 ans.	Alcoolisme.	42 ans.
D... Guillaume.	46 ans, teinturier.	P. G.	25 ans.	Algérie.	?	Alcoolisme.	40 ans.
C... Jules......	40 ans, ébéniste.	P. G., tabes.	22 ans.	Algérie.	25 ans.	»	31 ans.
J... Émile.....	41 ans, maçon.	P. G.	23 ans.		?	Absinthisme.	40 ans.

En résumé : sur 400 malades, 62 paralytiques généraux ; sur ces 62 paralytiques généraux, 14 ont eu les fièvres paludéennes : 22,5 pour 100.

Sur 338 aliénés, 8 ont également eu les fièvres paludéennes et ont les formes mentales suivantes :

Délire de persécution	3
Folie intermittente	2
Démence précoce	2
Démence	1

Paludisme chronique. — Accès de confusion mentale à caractère progressif et intermittent. — Observation anatomo-clinique

Par MM. A. Vigouroux et Prince, de l'asile de Vaucluse.

L'observation anatomo-clinique que nous apportons nous a paru intéressante car elle vient à l'appui de la quatrième théorie invoquée par M. Chavigny, dans son rapport si clair et si complet, pour expliquer la pathogénie des troubles mentaux du paludisme, celle qui les rapporte à une auto-intoxication par insuffisance hépato-rénale ou en général par insuffisance des émonctoires.

Notre malade en effet, paludique avéré, porteur de lésions du foie et de la rate dues sans nul doute à l'intoxication palustre, a présenté 20 ans après son dernier accès palustre des accidents mentaux.

Ces accidents mentaux ont consisté en accès de confusion mentale allant jusqu'au coma et ils ont présenté ce caractère particulier d'être intermittents.

Fr..., 46 ans, peintre en lettres, entre à l'asile d'aliénés de Vaucluse le 22 avril 1911.

Dans ses antécédents héréditaires, aucune particularité ne mérite d'être prise en considération. Pas d'hérédité nerveuse ni mentale.

En 1884, Fr... contracte les fièvres paludéennes au Sénégal où il resta un an. De retour en France, pendant 3 ans, il eut encore de forts accès palustres traités par la quinine, puis il recouvra une santé excellente.

De taille moyenne (1 m. 69), bien constitué, c'était un homme intelligent, adroit et travailleur ; il était gros mangeur, mais ne faisait pas d'excès alcooliques, nous affirme sa famille. Il n'eut jamais d'accidents saturnins.

Marié en 1890, il eut une petite fille morte à 8 mois ; dans la suite, il dut divorcer, et le divorce fut prononcé aux torts de sa femme.

Il n'aurait pas eu la syphilis; et pendant une vingtaine d'années qu'il vécut avec sa belle-sœur, celle-ci ne lui connut pas de maladie.

Au début de 1910, vingt ans après son dernier accès, Fr... travaillait à Bruxelles lorsque se manifesta un subictère qui devint rapidement foncé, puis olivâtre.

Presque en même temps, il présenta des troubles mentaux de nature confusionnelle pour lesquels il fut traité dans un hôpital.

Le 8 mai 1910, il était de retour à Paris, ayant retrouvé toute sa lucidité d'esprit ; la teinte ictérique persistait.

Le 12 mai éclate une nouvelle crise pour laquelle il passe 15 jours à l'hôpital de la Charité : il avait de la fièvre, du tremblement, un léger œdème des malléoles ; ses paroles étaient incohérentes, et comme il confondait les mots, désignant un objet par le nom d'un autre, il fut considéré comme un paraphasique.

De même que la première fois, ces troubles disparurent complètement, et le malade passa l'été dans sa famille où, sans travailler, il mena une vie régulière ; il paraissait avoir retrouvé une bonne santé physique et mentale.

En novembre, sans cause apparente, un troisième accès de confusion apparaît, et Fr... passe 15 jours à l'hôpital Bichat.

Pendant les mois de janvier, février, mars 1911, il eut ainsi trois accès semblables dont la durée fut de plus en plus longue. Pendant un de ces accès, il faillit mettre le feu dans sa chambre en renversant sa lampe, se promenant en chemise, se couchant tout nu sur le plancher, etc. Il devenait dangereux pour la sécurité publique ; il fut interné.

A son entrée à l'asile, on ne note ni idées délirantes, ni hallucinations. Par contre, Fr... se montre turbulent, traîne sa literie dans la salle, se perd, ne retrouve plus son lit. Ses réponses sont confuses : il a oublié le mois, l'année, et déclare être ici depuis trois semaines alors qu'il vient d'entrer. A côté de cette confusion, d'une lenteur très nette de l'idéation et d'une certaine indifférence, il existe une légère euphorie.

L'examen physique donne les résultats suivants : les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Les réflexes cutanés et tendineux paraissent normaux. La parole est nette quoique lente. La langue et les doigts ne présentent qu'un très léger tremblement.

Les téguments offrent une coloration ictérique très foncée, bistre, sur toute leur étendue, avec quelques nævi dans la région thoracique. Le foie est petit ; *la rate, volumineuse, descend à quatre travers de doigt du pubis.* Les ganglions ne sont pas hypertrophiés. La cavité abdominale, élargie sur les flancs, ne contient cependant pas de liquide.

Un examen du sang a révélé une formule globulaire normale.

Les matières fécales ne sont pas décolorées.

L'urine est émise en quantité normale ; sa coloration est très foncée. On ne trouve ni pigments biliaires, ni acides biliaires, mais on peut mettre en évidence une grande quantité d'indican, et surtout d'*urobiline*. L'urée est diminuée : 18 grammes par vingt-quatre heures au lieu de trente. Il existe une légère glycosurie, même avant les repas, et des traces d'albumine.

Le pouls est régulier, tendu ; on compte 60 pulsations à la minute. Pas d'œdème malléolaire. L'auscultation du cœur est négative.

Aux poumons, on trouve quelques râles sibilants dans toute la hauteur du poumon droit.

Des tremblements généralisés, de courte durée, surviennent parfois dans la journée, sans que la température cesse d'être normale.

Le certificat de quinzaine est ainsi libellé : « Affaiblissement léger des facultés mentales avec conscience peu nette de sa situation et légère euphorie. Crises de confusion mentale avec turbulence survenant à des intervalles irréguliers et coïncidant avec des symptômes d'insuffisance hépato-rénale. Hypertrophie considérable de la rate. Paludisme ancien. »

L'histoire du séjour de ce malade à l'asile se résume dans des accès de confusion mentale avec asthénie, offrant entre eux une grande analogie et d'une durée de quinze jours environ. Dans l'intervalle, Fr... traverse des périodes de lucidité presque complète.

Ces accès se sont progressivement rapprochés en même temps qu'ils devenaient plus intenses, au point de confiner au coma. C'est ainsi que pendant le dernier mois, notre malade est resté continuellement dans un état semicomateux.

La quinine à haute dose, l'arsenic ne parurent modifier en rien la marche de la maladie.

Voici la description d'un accès confusionnel survenu à la date du 24 juin : pendant plusieurs jours, on constate un certain degré d'agitation motrice ; Fr... défait son lit, brosse ses effets, se lève et se promène en chemise dans la salle. Ses mouvements sont lents, sans force et dénotent une asthénie profonde. Il ne voit pas ses aliments posés à côté de lui, et ne comprend aucune des questions qu'on lui pose. La parole, pâteuse, incompréhensible, traduit une confusion mentale extrême. Puis survient un véritable sommeil comateux durant vingt-quatre et même trente-six heures. Pendant cette sorte de coma, la résolution musculaire est incomplète, mais la sensibilité générale est très émoussée, et la cornée ne réagit que très faiblement à l'irritation. La langue est sèche, la respiration stertoreuse, le pouls dur, tendu (70 pulsations). Les urines sont plus foncées que d'habitude, et la réaction de l'urobiline plus intense également. Les fèces ne sont pas décolorées. A aucun moment, on n'a constaté de fièvre.

Une saignée de 150 grammes effectuée au pli du coude n'a modifié en rien l'évolution de cet accès.

25 *août* 1911. — État cachectique. Grande faiblesse générale et état semicomateux. Pour la première fois, les matières fécales sont décolorées et sanguinolentes. L'ictère est aussi plus prononcé.

Mort le 29 août.

Autopsie. — Hémisphère droit, 620 grammes ; gauche, 615 grammes.

Méninges légèrement lactescentes, sans épaississement et ne présentant pas d'adhérences au cortex. A la coupe, pas de lésions des centres. Pas d'athérome des vaisseaux de la base.

Cervelet, bulbe, protubérance, 200 grammes. Rien à retenir.

Foie, 1000 grammes. Aspect grenu de la surface. La coupe se fait avec une certaine difficulté dans un tissu scléreux et dur. Les voies biliaires sont libres, la vésicule petite. Pas d'adhérences péri-hépatiques.

Absence complète de liquide péritonéal.

Rate, 990 grammes. Scléreuse et dure à la coupe.

Pas de périsplénite.

Il existe une petite rate supplémentaire du poids de 12 grammes.

Reins (les deux), 460 grammes. Congestionnés. Capsule non adhérente.

Cœur, 280 grammes. Pas d'insuffisance ni de rétrécissement valvulaire. Aorte sans athérome.

Poumon droit, 780 grammes ; *gauche,* 880 grammes.

Œdème abondant, surtout aux bases et à gauche. Pas de tubercules aux sommets ; pas d'adhérences pleurales.

Capsules surrénales. — Pas de lésions macroscopiques.

Pancréas. — Pas de lésions à l'œil nu.

Examen histologique. — A l'hématoxyline-éosine on constate que les méninges sont épaissies, fibreuses, mais non infiltrées. Le cortex est le siège de congestions périvasculaires et d'œdème : il n'y a pas de périvascularite. Au Nissl, les cellules nerveuses apparaissent hypertrophiées, en chromatolyses très pigmentées ; elles ont leurs noyaux excentriques. Au Weigert, les fibres de la couronne, rayonnantes ; celles de Baillarger et de Tuksek paraissent n'avoir subi aucune altération. Le bulbe, aux différentes méthodes de coloration, ne paraît pas touché : les cellules des noyaux de la Xe et de la XIIe paire paraissent moins altérées que les cellules cérébrales. Il n'y a pas de granulations du plancher du IVe ventricule.

Le foie présente une cirrhose biveineuse intense. Les cellules hépatiques ont subi la dégénérescence pigmentaire surtout au niveau de la zone sus-hépatique.

Les reins présentent des altérations des cellules des tubes contournées.

La rate a de la sclérose hypertrophique pulpaire ; les follicules ont diminué de nombre et certains sont nécrosés.

Les Psychoses palustres prolongées

Par M. le docteur HESNARD

Médecin de la Marine.

En vue d'une étude un peu précise des troubles psychopathiques du paludisme, nous pensons qu'il serait très utile d'isoler, parmi tous les symptômes mentaux que l'on a signalés chez les impaludés, le groupe des psychoses palustres prolongées.

***

Nous désignons ainsi *tous les troubles psychiques de nature paludéenne,* au sens psychiatrique du mot, *qui ne peuvent trouver place dans les accès palustres à forme psychopathique :*

1° Ce sont des syndromes psychopathiques *qui ne sauraient être considérés comme représentant un élément d'un même ou de plusieurs accès fébriles.* Leur durée varie de quelques semaines à quelques mois, et même à quelques années dans les cas à évolution malheureuse. Ils ne doivent pas être confondus avec tous les troubles psychiques du *paludisme chronique,* énumérés par les auteurs, bien qu'ils soient habituellement observés chez des cachectiques : d'abord, parce qu'ils sont fréquemment subaigus et curables ; ensuite parce que l'on peut rencontrer des symptômes mentaux durables développés à la suite d'une première attaque, grave et suraiguë, de malaria, de même que l'on observe — plus fréquemment encore — des troubles psychiques à évolution aiguë au cours de l'impaludisme chronique. Nous préférons d'ailleurs ce terme de « psychoses prolongées » à celui de « psychoses indépendantes des accès », car la plupart de ces psychoses que nous avons en vue, si elles peuvent — au moins en apparence — ne contracter avec les poussées fébriles que de vagues et lointaines relations, du moins dépendent toujours pathogéniquement des accès, sinon dans leur

développement dans le temps, certainement dans leurs effets sur la nutrition générale, les humeurs et les organes.

L'intérêt de cette notion nouvelle de psychose prolongée est au moins double : d'une part, elle ne dépend plus, comme celle de psychose subaiguë ou chronique, des caractères cliniques psychiatriquement superficiels et contingents, tels que ceux qui servent en sémiologie générale pour classer les états palustres : tracé thermique, symptômes vaso-moteurs éphémères, etc.

D'autre part, elle permet de rapprocher tous les états psychopathiques d'origine paludéenne et de même nature pathogénique, même les plus durables, y compris les reliquats des psychoses aiguës et transitoires et les états démentiels terminaux.

Enfin, le mot se justifie par ce fait clinique, que nous avons vérifié maintes fois, que ces psychoses représentent, cliniquement, les psychoses paludéennes transitoires simplement développées dans le temps, et soumises, de ce chef, aux lois générales de la pathologie mentale.

2° Ce sont des syndromes psychopathiques *de nature paludéenne*, c'est-à-dire qu'ils ne relèvent pas de causes banales d'ordre dégénératif ou constitutionnel, ou de maladies mentales définies (paranoïa, dégénérescence mentale à bouffées délirantes, démence précoce, folie circulaire, etc.) ni d'autres toxi-infections (alcoolisme, insolation, etc.), évoluant chez les paludéens. Nous appelons *paludéenne* au sens psychiatrique du mot toute psychose dont l'agent étiologique, unique ou principal, est la malaria. Ces psychoses palustres sont parfois difficiles à différencier de psychoses relevant d'autres toxi-infections, et s'y associent fréquemment. C'est ce qui explique qu'elles ont été longtemps méconnues.

Les auteurs se sont, en effet, fréquemment posé la question : Y a-t-il des psychoses de nature malarique? Le fait n'est pas douteux et universellement admis aujourd'hui pour les troubles délirants aigus des accès fébriles. On a même admis, suivant une conception classique et un peu simpliste, que nous n'admettons pas, pour notre part, — au moins exclusivement — que ces accès psychopathiques aigus reconnaissent comme pathogénie l'embolie parasitaire et pigmentaire dans les capillaires de l'écorce. Mais le fait est beaucoup plus contesté pour les psychoses durables. Ce sont celles-là que nous voulons ici, non pas étudier en détail, mais faire connaître dans leurs grandes lignes, de manière à fixer les idées, circonscrire le terrain de la critique, et peut-être faciliter des recherches ultérieures.

***

Beaucoup d'auteurs nient encore aujourd'hui, malgré tous les travaux de l'École moderne, particulièrement du professeur Régis (1), qu'il y ait une psychose diabétique, rhumatismale, insolatoire, urémique, etc., et, par suite, paludéenne, sous ce prétexte que toutes ces psychoses se ressemblent. C'était là l'idée à laquelle Marandon de Montyel (2) répondait, lorsqu'il écrivait en 1903 que les troubles mentaux paludéens sont tous les troubles mentaux d'aspect banal qu'il rencontrait chez les impaludés, et qu'il énumérait, suivant une terminologie déjà actuellement surannée : manie, lypémanie ambitieuse, stupeur, délire de persécution, démence, etc.

C'est également en vertu d'une idée *a priori* de ce genre que beaucoup de médecins voient encore dans tous les troubles psychopathiques qui, survenant chez les paludéens, ne peuvent trouver place dans la vésanie ou la dégénérescence, des manifestations de l'alcoolisme. Actuellement, l'orientation des esprits est telle, que cette opinion est encore adoptée par des spécialistes, malgré les récents progrès de la clinique psychiatrique, et malgré que les étiquettes nosologiques aient changé : les bouffées délirantes ou dépressives de la démence précoce, les accès de la folie maniaque dépressive tendant à englober à peu près toute la médecine mentale, il semble qu'il doive rester peu de place à accorder aux toxi-infections, même à celles, si redoutables pour le cerveau, du milieu exotique, dont le paludisme est le prototype.

Quant à nous, nous pensons qu'une telle opinion est dangereuse et insoutenable. Dangereuse, car elle tend à enlever, comme l'a fait, il y a vingt ans, la doctrine de la dégénérescence, tout espoir à la thérapeutique des psychoses, en leur refusant l'étiologie et la pathologie des maládies viscérales. Insoutenable, parce qu'elle repose sur des arguments qu'infèrent autant la clinique et la logique : Dire que deux psychoses (alcoolique et paludéenne par exemple) sont de même nature, parce qu'elles se ressemblent grossièrement, ce qui, d'ailleurs, est d'autant moins exact que nous faisons chaque jour plus de progrès en sémiologie psychiatrique, c'est simplement

---

(1) Cf. Régis, Article Paludisme du *Précis de psychiatrie*, 3e et 4e édit. (1906-1909) ; *Thèse de Chabal* (Bordeaux, 1897), de *Comméléran* (Bordeaux, 1902).

(2) Marandon de Montyel, Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme, *Ann. méd. psych.*, 1893, t. XVIII ; — les Troubles mentaux dans l'impaludisme, *Rev. de méd.*, t. XXIII, juillet 1903, I.

constater cette évidence que deux maladies cérébrales ont des signes communs, comme deux maladies hépatiques ou cardiaques. Refuser à certaines toxi-infections graves comme le paludisme le droit de s'attaquer, au même titre que l'alcool et d'autres toxi-infections mieux connues, au plus spécialisé, c'est-à-dire au plus fragile des tissus, le tissu cortical, est une hérésie de pathologie générale. Enfin, n'accorder au syndrome de la toxi-infection corticale que la céphalée ou des signes d'irritation sensitivo-motrice, c'est faire un pas en arrière vers la métaphysique médicale de l'antique psychiatrie.

D'ailleurs de telles exagérations dans les opinions sur le paludisme cérébral s'expliquent par l'insuffisance des recherches auxquelles se sont livrés les auteurs de ces conceptions. Beaucoup des sujets examinés sont des malades de la métropole, à peine atteints de fièvres bénignes, dont l'hémo-diagnostic n'a même pas été fait. Quant à ceux qui arrivent des colonies, par exemple, ceux observés par plusieurs auteurs à Marseille, ils sont recrutés dans des milieux spéciaux où abondent les dégénérés et où sont multiples les causes de déséquilibre psychique (milieux militaires d'Afrique et coloniaux). L'examen somatique a été négligé, surtout dans ses rapports évolutifs avec les psychoses (examen du sang, des viscères, des urines, de la nutrition, etc.). Enfin, on s'est contenté d'observations incomplètes au point de vue de l'analyse psycho-clinique, et l'on a étudié sans critique tous les paludéens délirants sans laisser de côté ceux dont l'anamnèse ou l'allure psychopathique générale pouvaient faire soupçonner le déséquilibre constitutionnel.

Nous donnerons ici le résumé de nos recherches personnelles sur la question. Ces recherches ont été effectuées principalement dans les milieux les plus favorables à une étude complète : milieux hospitaliers surtout, bien faits pour faciliter les travaux sur les maladies symptomatiques des affections somatiques. Nous avons étudié surtout des malades rapatriés des colonies, dans l'armée et la marine, ayant séjourné dans les hôpitaux maritimes. Nous avons pu examiner aussi un grand nombre de paludéens (hommes et femmes) en Orient, pendant un séjour de deux ans en Grèce et en Turquie. C'est d'après ces matériaux cliniques que nous nous sommes fait les idées suivantes sur les psychoses palustres prolongées.

***

Au point de vue de la *symptomatologie*, toutes les psychoses palustres prolongées sont des *confusions mentales prolongées*, sous

différents aspects, ce terme étant pris dans le sens compréhensif et clinique que lui donne l'École bordelaise (1). Elles peuvent réunir, comme on va le voir, beaucoup des états psychopathiques durables décrits dans le paludisme ; la stupeur cachectique de Kraepelin, des psychoses agitées ou dépressives étudiées par Sébastiani, Pasmonik, etc., certaines psychoses à évolution chronique de Lemoine et Chaumier, Berthier, Marandon de Montyel, etc.

La variabilité des aspects tient à la combinaison de différentes causes, qui sont : 1° la prédominance, dans le tableau psychique, de tel ou tel symptôme ; symptôme confusion (comprenant à son tour des éléments symptomatiques susceptibles de multiples combinaisons : dysmnésie de fixation, fabulation, troubles divers du sens du réel, de l'activité associative, etc.), symptôme délire onirique hallucinatoire ; 2° la prédominance, dans le tableau clinique général, de tel ou tel syndrome somatique (polynévrite, syndromes hépato-spléno-brightiques — cachexies de types divers — fièvre, etc.) ; 3° le mode d'évolution (psychose subaiguë, chronique avec ou sans démence, à évolution générale régressive, progressive ou stationnaire, d'allure régulière ou oscillante...)

L'avenir fixera les éléments du diagnostic différentiel d'avec les autres psychoses du type toxi-infectieux. Il nous a semblé, à ce point de vue, que les signes suivants méritaient d'être retenus :

I. Signes psychiques. — a) *Directs.* — L'élément *confusion* est constant, caractérisé par une asthénie psychique considérable, avec tendance à la torpeur, bradypsychie, désorientation, réactions purement automatiques, survenant par crises de quelques jours ou quelques semaines. Quand la lucidité n'est pas trop compromise, que le sujet s'oriente à peu près et reconnaît les choses et les gens, la mémoire apparaît comme très atteinte, surtout dans sa fonction d'évocation et aussi de fixation (amnésie actuelle de Régis), à un point parfois comparable à celui des amnésies post-insolatoires et éclamptiques. On conçoit que dans ces conditions, il puisse y avoir fabulation de suppléance, et réalisation du syndrome de Korsakoff.

Dans les cas prolongés, la confusion mentale est franche, profonde parfois, mais peu variable d'intensité ; elle guérit doucement sans laisser de reliquats notables. Dans les cas durables, avec tendance à la chronicité, au fur et à mesure que l'inactivité psychique

---

(1) Cf. article Confusion mentale, *in Précis de psychiatrie*, 3e et 4e édit. (1906-1909) ; — Régis et Hesnard, les Confusions mentales en général, chap. VII du *Traité international de psychologie pathologique*. Alcan, 1911.

dure, l'aspect clinique change. Certaines fonctions se réveillent, comme la compréhension élémentaire de l'ambiant, l'orientation relative, l'activité pratique des actes simples, instinctifs et familiers. Mais l'initiative reste nulle, la conscience lointaine de la maladie s'affaiblit, en même temps qu'apparaissent les erreurs graves de jugement, de critique, la crédivité et la suggestibilité, l'affabulation ; la maladie tend alors vers la démence paludéenne, les chances de guérir diminuent. Quand, au contraire, la guérison survient, elle est toujours marquée de troubles amnésiques, principalement de la lacune plus ou moins globale et profonde de la psychose.

L'élément *délire* est, d'une manière générale, effacé, intermittent. Il ne se manifeste guère qu'au début et par poussées incidentes, fréquemment fébriles. Ce sont des crises de somnambulisme onirique plus ou moins stéréotypées, de contenu relativement pauvre, monotone, fixe, fréquemment monoïdéique et ecmnésique, fait de scènes de mémoire pure, professionnelles, mais à base émotive, d'apparence vécue et vraisemblable, peu accessible à la suggestion, subsistant fréquemment, au moment de la convalescence, sous forme d'idées délirantes post-oniriques, partielles et isolées (1).

Ces idées délirantes post-oniriques peuvent se manifester après la disparition des crises somnambuliques, tendant à s'organiser de manière relative et incomplète en s'associant à des idées de persécution, de grandeur, de jalousie, d'auto-accusation, de négation, lesquelles naissent d'interprétations confuses et contradictoires, quelquefois marquées au coin d'une déchéance logique réelle.

En conséquence de la prédominance de l'élément confusion asthénique sur l'élément délire, d'autres symptômes différentiels peuvent être cités ; les psychoses sont le plus souvent dépressives, à réactions négatives ou automatiques. Les fausses reconnaissances, les désorientations sont d'origine asthénique et non directement oniriques par représentation hallucinatoire, de même que les fabulations, qui ne sont pas purement et simplement le récit des événements vécus en délire. Le catatonisme, la suggestibilité sont des symptômes fréquents, surtout dans leurs modalités statiques et transitoires. L'esprit étant rarement occupé par le déroulement des scènes oniriques, la lucidité reparaît par lueurs, il y a des retours plus ou moins périodiques de l'auto-critique et de la conscience personnelle.

---

(1) Ces caractères sont ceux que nous avons donnés ailleurs (*Archives de médecine* novembre 1912 : le Diagnostic différentiel des délires alcoolique et paludéen) comme caractéristiques des états délirants paludéens acquis, et que nous avons opposés à ceux du délire éthylique.

Au point de vue des *symptômes affectifs*, il y a plus asthénie, apathie affective qu'inaffectivité. Il n'y a pas, comme dans beaucoup d'états toxiques durables, d'altération vraie des sentiments, des affections, des fonctions éthiques et morales. Comme la lucidité, les sentiments familiaux, l'émotivité légitime reviennent par crises dès que l'obtusion se dissipe. Il y a fréquemment des périodes anxieuses, avec réactions apeurées, chagrines ou maussades, mais sans panophobie véritable ni impulsivité marquée.

b) *Évolutifs.* — Les symptômes évolutifs sont : début progressif et prolongé, par des symptômes de toxi-infection générale, accompagnés de troubles viscéraux ; céphalée, asthénie nerveuse et psychique, période prolongée de neurasthénie comme chez le Tasse, entré dans la psychopathie par la voie de la névrose à la suite des fièvres intermittentes contractées dans la région du Pô. Invasion progressive des troubles confusionnels et délirants, évolution irrégulière des troubles psychiques, procédant par poussées et oscillations. L'évolution générale en peut revêtir le type rémittent, intermittent ou circulaire. D'après les observations que nous avons retenues chez les auteurs et d'après nos recherches, beaucoup durent deux ou trois mois, d'autres cinq et six mois. Au bout d'un an, la guérison est rare, mais encore possible. Quand celle-ci doit se produire, on voit s'améliorer progressivement, et dans un parallélisme frappant, la cachexie palustre et la psychose. Quand la dissociation inverse a lieu, facile à représenter par les courbes des poids et du trouble psychopathique, qui se coupent alors très franchement, elle annonce irrémédiablement l'apparition de la démence paludéenne.

II. *Signes physiques.* — Ce sont ceux du paludisme chronique et de la cachexie palustre, sous ses différentes formes. On a d'ailleurs décrit avec raison un *état mental de la cachexie palustre*, qui est quelquefois le prélude d'une psychose ou d'un état démentiel. Il est fait de faiblesse irritable, de déséquilibre de l'humeur, d'incapacité intellectuelle, de difficultés de la mémoire et de l'attention, d'aboulie, ou idées hypochondriaques secondaires obsédantes.

On a décrit, comme accompagnant ces troubles mentaux pouvant aller jusqu'à la psychose confirmée, la *forme sèche* de la cachexie, avec symptômes névritiques et médullaires fréquents, laquelle déterminerait surtout des syndromes psychiques d'inertie, de stupidité progressive, aboutissant au coma terminal. La *forme humide* où peuvent éclore des syndromes confusionnels subaigus, avec symptômes d'hypertension cérébrale, analogues à ceux des tumeurs cérébrales. Des épisodes psychopathiques aigus pourraient

entre-couper, en dehors de toute pyrexie, cette évolution torpide, au moment des résorptions d'œdèmes.

A côté des symptômes dits de la cachexie, laquelle revêt souvent des formes mixtes ou prend plusieurs aspects successifs, on rencontre des symptômes de localisation malarique (1) sur les différents organes, viscéraux ou glandulaires, et des signes consécutifs d'insuffisance gastro-intestinale, hépatique, splénique, cardio-vasculaire, rénale, etc., qui peuvent donner lieu à des tableaux cliniques somatiques très variés, et retentir même sur l'aspect des syndromes psychiques.

Pour permettre d'affirmer le diagnostic de psychose palustre prolongée, il ne suffit pas de constater chez un paludéen une psychose de type général toxi-infectieux, c'est-à-dire une confusion mentale plus ou moins analogue à celles que nous avons décrites plus haut (2). Il faut considérer comme réalisées un certain nombre de conditions, tirées de l'étude du processus paludéen sous-jacent aux signes psychiques :

1° On a établi l'existence, chez le malade, d'un processus paludéen suffisamment grave soit par son intensité (accès grave ou pernicieux, accès répétés à courte échéance avec altération grave de l'état général), soit par sa durée (accès ordinaires mais reproduits pendant des mois et années) avec signes d'imprégnation malarique intense et de cachexie (symptômes généraux : nutrition, poids, facies, aspect général ; hématologiques : anémies palustres prononcées, mononucléose ; viscéraux : hépatospléniques, urinaires, etc.). Il faut cependant remarquer à ce sujet, d'une part, qu'il semble qu'il puisse y avoir des paludismes graves à symptômes nerveux, quoique latents (Plehn-Mousseos, etc.), d'autre part, que l'examen du sang périphérique décèle rarement le parasite dans les psychoses non fébriles ou en dehors des accès.

2° On a établi des liens cliniques précis entre la psychose et le processus paludéen sous-jacent. Le malade ne doit pas avoir manifesté ses troubles psychiques avant l'impaludisation. Une première atteinte peut suffire à amener une psychose durable, même chronique, mais seulement dans le cas de paludisme grave et suraigu (confusion mentale post-paludique — démences post-fébriles —

(1) Nous entendons par là, pour ne pas préjuger d'une pathogénie générale du paludisme, aussi bien les infections et intoxications surajoutées, les associations morbides greffées sur la malaria et appelées par elle, que les déterminations véritables du poison malarique ou de son agent microbien sur tel ou tel parenchyme.

(2) La coexistence fortuite d'un paludisme et d'une psychologie de nature banale est, en effet, chose courante dans certains milieux coloniaux. Elle nous a été fréquemment signalée dans des asiles d'Orient.

idiotie avec ou sans épilepsie chez l'enfant, signalée par Davidson, Trikson, etc.). Dans ce cas, si elle ne survient pas immédiatement, la psychopathie doit être reliée à l'accès par de petits signes cliniques (crises épileptoïdes, troubles du caractère, psychasthénie, onirisme, etc.). Quand l'évolution du paludisme se poursuit parallèlement à celle des troubles psychiques, il faut établir un certain parallélisme entre les deux ordres de faits, soit direct (superposition des aggravations et des atténuations), soit plus rarement inverse (balancement métastatique dans les formes diathésiques).

Quant à l'influence du traitement, elle est inutilisable dans les cas chroniques et fixés. Dans les autres, elle est inexistante ou incomplète, beaucoup de psychoses palustres prolongées paraissant relever d'autres causes que celles qui sont influencées par la quinine.

***

Nous esquisserons la description de *quelques types de psychoses palustres prolongées*, qui se rapprocheront davantage de la réalité que le schème un peu simpliste dont nous venons de fixer les grandes lignes.

I. Le premier groupe est celui des psychoses prolongées simples, c'est-à-dire *à évolution non démentielle* et curables.

On peut citer tout d'abord les *confusions mentales palustres simples* subaiguës et chroniques, les plus typiques de toutes. Des auteurs comme Sébastian, Pasmanik, etc., ont décrit des psychoses survenant en dehors des accès ou sans relation précise avec les accès, à forme dépressive, d'une durée de quelques semaines à plusieurs mois, diversement étiquetées, par exemple « psychoses mélancoliques ». Il s'agit certainement de confusions mentales avec réactions anxieuses et délire mélancolique secondaire, comme le laissent à penser des symptômes tels que « immobilité absolue, inattention à l'entourage, yeux à demi fixés, physionomie stupéfiée, inexpressive, apathie complète, conscience obscurcie, désorientation, humeur maussade, inappétence, insomnie, etc. » Nous avons deux fois trouvé l'hématozoaire dans le sang, au début de psychoses asthéniques de ce genre. L'une, femme de vingt-sept ans, paludéenne chronique en milieu paludéen, guérit en deux mois et demi sans aucune trace, et parut très améliorée par la quinine. L'autre, soldat rapatrié d'Afrique, avait eu des signes d'insuffisance urinaire dans le cours de sa psychose, survenue dans la convalescence d'un accès pernicieux.

On peut voir durer ces confusions mentales cinq, six, huit mois, avec des alternatives d'hébétude complète, d'asthénie simple, de lucidité relative, et plus rarement d'excitation pseudo-maniaque de nature onirique. Certaines paraissent arriver à la démence définitive, mais il est bien difficile, en pareil cas, de faire le diagnostic différentiel entre la confusion mentale chronique et la démence paludéennes. Beaucoup de guérisons après une longue maladie sont d'ailleurs, en réalité, des cas d'affaiblissement intellectuel post-paludique légers, avec troubles peu apparents de la mémoire, déficience plus ou moins cachée de la capacité intellectuelle, changement de manière d'être générale et d'humeur, plus ou moins compatibles avec l'état social, dans les milieux peu cultivés, et pouvant échapper à l'entourage.

Parmi les psychoses non démentielles prennent place aussi les *confusions mentales paludéennes catatoniques*, avec suggestibilité, flexibilité cireuse, conservation des attitudes imposées et parfois d'attitudes spontanées baroques et incommodes. Il y a fréquemment retard de la réponse et de l'équation psychique, imprégnation par le mot ou l'idée, écholalie, maussaderie avec ébauche d'opposition systématique au déplacement provoqué (et rétention volontaire des excrétions). Nous avons rencontré ces signes, à l'état passager, chez plusieurs paludéens. K. Katsaras (d'Athènes) (1) a publié un cas intéressant de ce genre, sous le nom de « pseudo-démence catatonique » paludéenne, avec iconographie. Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, ayant présenté à la suite d'une forte atteinte de paludisme des troubles du caractère (indifférence émotionnelle, humeur inquiète), fit, à l'occasion d'une contrariété, un accès typique de confusion mentale catatonique d'une durée de trois mois environ, accompagnée de légères poussées fébriles, d'anémie prononcée avec parasites dans la circulation périphérique (gamètes malins et segments simples de la forme tierce), et qui guérit sans reliquat. Katsaras estime qu'il s'agit d'une poussée de méningo-corticalite légère, complètement réparable, de nature malarique.

Il faut également mentionner les confusions mentales palustres avec symptômes de névrite périphérique, ou *psychopolynévrites*, à marche subaiguë ou chronique, les psychopolynévrites à marche aiguë étant à décrire avec les accès délirants. Elles ont été mentionnées par Combemale, Singer, Boinet et Salebert, Glognert et Ray-

---

(1) KATSARAS, Pseudo-démence catatonique de nature paludéenne, *Arch. méd. d'Athènes*, n° 12, 1910. — Cf. P. KATSARAS, *Valeur diag. et pron. des symptômes catatoniques*. C. Amsterdam, 1906.

mond, Marandon de Montyel, Dupré, Dandjier, et décrites par nous-même (1). Nous avons insisté sur l'importance, surtout dans les états prolongés, des facteurs associés (insolation-éthylisme-dysenterie-maladies coloniales-artério-sclérose) et des auto-intoxications. La psychose revêt alors la forme du syndrome de Korsakoff, plus ou moins pur, généralement entrecoupé de crises délirantes oniriques, du type décrit plus haut. Signalons aussi l'intéressante et récente observation, résumée par nous dans un autre travail, d'Ækonomakis (d'Athènes) (2), qui a publié un cas de Korsakoff paludéen, avec parasites dans le sang (petits semi-lunaires) et mononucléose, de marche subaiguë, au cours de l'alcoolisme chronique.

A côté de ces confusions mentales typiques, il faut placer les *psychoses hallucinatoires et délirantes à base confuse* paludéennes (psychoses palustres paranoïdes), à étiologie et pathogénie plus discutables et probablement complexes. Nous n'admettons franchement leur nature palustre que lorsque, les conditions ci-dessus énumérées se trouvant réalisées, les symptômes confusionnels ont été suffisamment marqués au début, et suffisamment prolongés ensuite pour imprimer au syndrome un aspect spécial. Pourtant, au sortir de crises aiguës, à la suite d'une imprégnation malarique, grave, des paludéens paraissent parfois, malgré un retour assez complet à la réalité, rester assez affaiblis dans leur autocritique pour que l'on puisse admettre que les interprétations délirantes qu'ils peuvent émettre sur tout ce qui concerne leur personne, dépende de la déchéance cérébrale acquise sous l'influence de l'impaludisation, et non d'une déséquilibration constitutionnelle simplement réveillée par l'infection. L'affaiblissement intellectuel sous-jacent paraît alors incurable, et parfois tend à la progressivité. Ce sont des cas de ce genre, avec déchéance des fonctions logiques, idées délirantes de persécution et de grandeur à base interprétative secondaire, s'ajoutant aux reliquats hallucinatoires des psychoses aiguës, que Marandon de Montyel devait avoir en vue, quand il écrivait : « Les troubles intellectuels qui surviennent sous la seule influence du paludisme chronique, en dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise, sont toujours incurables. »

Dans beaucoup de cas, qui survivent plus ou moins longtemps à l'impaludisation ou même peuvent se montrer tout à fait tran-

---

(1) Hesnard, Polynévrite paludéenne et troubles psychiques, *Tunisie médicale,* mai 1911 ; A propos de psychopolynévrites palustres, *Tunisie médicale,* 1912.

(2) Ækonomakis (d'Athènes), Contribution à l'étude des psychoses malariques, *Arch. méd. d'Athènes,* 1911.

sitoires (1), l'obnubilation fondamentale est évidente, au moins par périodes. Les hallucinations auditives se développent, comme chez les alcooliques chroniques, à un point tel que les observateurs ont voulu expliquer leur fréquence et leur extension par l'abus de la quinine. Les idées délirantes (de persécution, grandeur, hypochondrie, jalousie) présentent les caractères de vague, de mobilité, d'incoordination que l'on retrouve dans les états toxiques, créant une sorte de délire onirique prolongé, méconnu par Marandon de Montyel (2), diffèrent seulement du délire des maladies aiguës par la tendance à l'organisation rudimentaire et sa persistance dans le temps sous forme de syndrome oscillant et polymorphe.

Nous admettons enfin, chez des sujets à prédisposition latente, les psychoses systématisées secondaires au paludisme, développées parfois, comme l'a dit le professeur Régis, autour d'une idée post-onirique, reliquat d'accès antérieurs.

II. Le deuxième groupe des psychoses palustres prolongées est celui des *psychoses démentielles*. Il nous arrêtera peu, car il sort un peu de notre sujet, ces états terminaux étant davantage des infirmités que des psychoses.

Des états démentiels simples peuvent succéder au paludisme aigu grave, ou prolongé, assez comparables aux états d'affaiblissement psychique qui succèdent aux pyrexies, à la typhoïde, aux méningites. C'est cette grande analogie qui rend leur étude détaillée difficile, étant donnée la fréquence des associations étiologiques résultant de l'action sur l'intelligence des maladies exotiques.

Il n'est pas de médecin ayant séjourné longtemps en pays impaludé et ayant été lui-même atteint, qui n'ait remarqué chez lui-même après l'injure malarique, des signes de diminution de la capacité intellectuelle, de l'effort de synthèse psychique, du bilan mnésique.

On connaît tous les degrés possibles de diminution psychique post-paludique, relatifs d'ailleurs au niveau psychique antérieur : états d'infériorité atténuée de l'activité mentale analogues à certains états chroniques dits névropathiques ; états de faiblesse psychique incompatibles avec l'exercice de certaines fonctions sociales délicates

---

(1) Nous avons suivi longtemps deux officiers coloniaux rapatriés pour « délire de persécution et de jalousie » en pleine cachexie palustre, et qui, depuis leur convalescence en France, n'ont présenté aucune espèce de signe de déséquilibration mentale. Tous deux, malgré une correction frappante de la conversation, présentaient des signes de confusion mentale fondamentale.

(2) « Les délires oniriques sont toujours éphémères, dit cet auteur. Ils guérissent en quelques jours, et leur chronicité est inconnue. » C'est pour cette raison qu'il refuse au paludisme la faculté de créer des syndromes délirants originaux.

et comparables à des états de sénilité psychique précoce ; états de diminution psychique grave incompatibles avec l'état social ; états de démence complète. Tous ces états peuvent s'observer chez des coloniaux rapatriés après un paludisme grave.

La démence propre au paludisme paraît plus intellectuelle que morale, affligeant davantage la mémoire, l'activité mentale, l'idéation, ne retentissant pas gravement sur les actes et la conduite. Le dément paludéen est plus amnésique, plus apathique, mais plus conscient de lui-même, moins abruti, plus correct dans ses réactions, moins déchu moralement que les autres déments.

Des états démentiels avec symptômes surajoutés peuvent survivre aux psychoses malariques, les compliquer, ou survenir presque d'emblée. Certains sont à *forme de démence précoce.* Le catatonisme, le négativisme, les grimaces, tics, stéréotypies, le maniérisme peuvent s'accentuer, chez des sujets jeunes principalement, en même temps que la psychose affecte une forme stationnaire ou progressive, ou se fixe à un état plus ou moins appréciable de diminution intellectuelle ; des états délirants polymorphes et incohérents complètent le tableau clinique. Un exemple en a été donné par Laurès (1), chez un jeune homme de 28 ans, rapatrié du Maroc en état de confusion mentale post-paludique ; cette psychose se compliqua bientôt de catatonie, avec sourire, jeux de mots, onanisme, alternatives de dépression hébétée et d'excitation psychomotrice, et aboutit au bout de six ans à un état d'affaiblissement psychique stationnaire.

D'autres états démentiels sont *à forme de paralysie générale* (pseudo-paralysies générales paludéennes). Ils ont été signalés par Berthier, Bard, Rey, Marandon de Montyel, Lemoine, etc. Il s'agit de syndromes constitués par l'adjonction à quelques-uns des signes psychiques ci-dessus énumérés (diminution psychique, hébétude, idées de grandeur, etc.), de signes somatiques rappelant ceux de la méningo-encéphalite progressive : ictus, tremblement, dysarthrie ataxo-trémulante, vivacité des réflexes, paresse pupillaire.

Quant à nous, nous pensons que la plupart de ces signes peuvent être réalisés, de façon plus ou moins transitoire d'ailleurs, par le paludisme, surtout le paludisme fébrile et en évolution, comme le syndrome cérébelleux, que nous avons étudié ailleurs, et comme d'autres signes de localisation encéphalique (aphasie, hémiplé-

---

(1) Laurès, la Confusion mentale chronique, ses rapports avec la démence précoce, *Thèse de Bordeaux,* 1907, obs. III, p. 97.

gie, etc.), décrits par Catsaras, Granda, Forli, Rummo, Mousseos, Mathieu, Alloceo, Parsini et Forli, et nous-même (1) ; on conçoit qu'il puisse y avoir réalisation fortuite et passagère d'un syndrome paralytique palustre, ou d'autres syndromes démentiels palustres *à forme de démence organique.*

Mais dans les cas où les symptômes somatiques sont typiques, intenses et prolongés, nous pensons qu'il faut rechercher une association organique complexe (paralysie générale vraie, influencée par le paludisme ; démence sénile ou organique plus ou moins réveillée ou aggravée par la malaria), ou même une coexistence tout accidentelle d'un syndrome paludéen avec une maladie générale (artério-sclérose surtout, très fréquente chez les vieux impaludés). Disons aussi que, pour faire le diagnostic de démence dans certains de ces états survenant après une période de paludisme aigu, il est prudent d'attendre l'évolution, qui se montre souvent régressive (paralysie générale régressive, confusion mentale pseudo-démentielle).

***

Nos recherches nous ont conduit aux idées élémentaires suivantes au sujet de *l'étiologie, de la pathogénie et de l'anatomie pathologique* des psychoses palustres prolongées.

Nous n'hésitons pas à penser que ces psychoses relèvent directement du paludisme, qui agit alors comme cause nécessaire et suffisante, même en l'absence de tout facteur d'ordre constitutionnel ou héréditaire. Comme les impaludés qui délirent, surtout qui délirent de façon durable, sont la petite minorité, il faut admettre chez eux, comme chez tous les intoxiqués et infectés qui délirent, une sorte de fragilité native du tissu nerveux, plus ou moins marquée d'après les individus, de l'ordre des neurotropismes qu'on invoque parfois en neurologie pour expliquer les localisations d'un poison sur la moelle ou les nerfs périphériques, par exemple. Cette prédisposition, qui est l'équivalent, en psychiatrie, de la moindre résistance des viscères ou des glandes aux toxi-infections, en pathologie générale, doit nécessiter probablement, pour se manifester, moins de causes extérieures et des lésions cellulaires moins brutales, que les prédispositions de l'organisme aux maladies soma-

---

(1) Catsaras, *C. de Buda-Pest,* août 1909 ; Granda, *Rif. med.,* ch. xxv, n. 41, p. 1133, 11 octobre 1909 ; Forli, *Boll. della Soc. Lancis. deg. osp. di Roma,* 2, 1907 ; Rummo, *Rif. med.,* n. 28, 11 juillet 1910, p. 757 ; Mousseos, *le Paludisme larvé,* Paris, Baillière, 1910, obs. I, VIII ; Mathieu, *Soc. fra cult. del. sciens med. e natur. di Cagliari,* 4 juin 1910 ; Allodo, *Rép. méd.,* 1910 ; Pensini et Forli, *Boll. Roma,* 1907.

tiques : application de cette loi de physiologie pathologique générale, qu'un tissu manifeste d'autant plus précocement sa souffrance, c'est-à-dire qu'il y a d'autant plus d'écart entre le symptôme et la lésion, que ce tissu est plus spécialisé et plus élevé dans la hiérarchie fonctionnelle.

Cette prédisposition peut parfaitement coïncider, dans le paludisme comme ailleurs, avec la dégénérescence mentale et l'hérédité vésanique (déséquilibration mentale et débilité mentale, surtout), plus souvent avec la névrose (neurasthénie, hystérie), et très fréquemment avec des reliquats de toxi-infections antérieures, qui préparent le terrain (alcoolisme, infections exotiques à retentissement sur lé sang et le foie, anémie, traumas, insolation, artériosclérose avec hépato-brightisme, auto-intoxication sdiverses avec troubles des fonctions élémentaires) et peuvent même combiner intimement leur action à celle de la malaria pour réaliser une série de syndromes psychopathiques mixtes.

Ces psychoses relèvent sûrement de lésions corticales qu'il s'agira dans l'avenir de différencier. Nous avons trouvé, dans un cas de psychose aiguë, des altérations des cellules pyramidales tout à fait comparables à celles que G. Ballet et son École ont décrites dans les psychoses toxiques. Nous avons vu des altérations de types divers et d'aspect banal dans les rares autopsies que nous avons vu pratiquer de vieux paludéens délirants. Mais nous pensons que l'avenir donnera, à ce sujet, des résultats analogues à ceux que l'on a décrits dans les états toxiques chroniques, depuis que l'on a fait la distinction critique de diverses altérations structurales (lésions chroniques vraies, lésions aiguës au cours d'un processus chronique, lésions banales, etc.). Il nous semble logique d'admettre que ces psychoses correspondent à un état d'altération cellulaire, sinon grave au point de vue de l'intensité de l'injure structurale, du moins lent à se réparer (1). Comme toutes les toxi-infections enfin, le paludisme, s'attaquant au cerveau, peut laisser des traces cellulaires indélébiles, substratum irréparable des états cliniques chroniques à évolution démentielle, et d'autant plus profondes que le poison a été plus adultérant, ou plutôt qu'il a rencontré un organismee plus sensible à l'imprégnation, par le double fait d'un mauvais

(1) Il semble que dans le paludisme, si l'on en juge par les réactions cliniques générales, la gravité consiste moins dans l'intensité de l'atteinte toxique première, que dans le temps nécessaire à la réparation des lésions ; le paludisme atténué et prolongé, c'est-à-dire celui surtout qui fait les psychopathies, laissant plus de traces dans l'organisme qu'une attaque brusque, suraiguë, inquiétante, et pourtant parfaitement et rapidement curable avec *restitutio ad integrum*.

équilibre des fonctions antitoxiques générales et de la fragilité tissulaire individuelle invoquée plus haut.

Quant aux toxines qui sont la cause dernière du paludisme psychopathique, il s'agit vraisemblablement de toxines autres que celles qui dérivent directement de l'agent paludéen, étudiées expérimentalement par Rosenau, Parker, Francis et Beyer, etc. (toxines sécrétées par l'hématozoaire, toxines libérées par l'hémolyse et la leucolyse, pigments, etc.). Celles-ci peuvent servir plus logiquement à expliquer les syndromes aigus et fébriles. Il doit s'agir, dans les psychoses prolongées, de toxines secondairement élaborées, résultant de réactions humorales complexes, parmi lesquelles il faut faire sans doute une grande place aux poisons endogènes, d'origine viscérale et glandulaire, élaborés à la suite d'une atteinte des divers systèmes par la malaria. La fréquence des signes d'auto-intoxication, surtout des symptômes d'altération hépato-spléno-rénale, nous incite à voir dans beaucoup de ces psychoses des confusions mentales auto-toxiques.



Nous avons dit plus haut que la plupart des troubles mentaux relevés au hasard chez les impaludés étaient dus à des psychopathies banales. Dans beaucoup de cas, il y a, à notre avis, plus qu'un trouble psychique quelconque développé au hasard chez un paludéen ; il y a coexistence de troubles psychiques d'origine palustre d'une part, et d'origine vésanique d'autre part, mais avec combinaison intime et intrication des deux ordres de symptômes ; c'est l'analogue, dans le paludisme psychopathique, de la combinaison clinique dénommée par Garnier dans l'alcoolisme mental « rencontre hérédo-toxique ».

C'est ainsi que les symptômes psychiques du paludisme peuvent s'associer aux troubles mentaux réalisés par les *bouffées délirantes des dégénérés*, qui revêtent alors une forme aiguë ou subaiguë fébrile, ou par les épisodes de la *démence précoce*, à forme hébéphréno-catatonique (confusion mentale catatonique palustre, délire onirique prolongé) ou paranoïde (délires secondaires post-oniriques).

Mais une mention spéciale doit être accordée sur ce terrain à la manie, à la mélancolie, surtout dans leurs formes combinées et récidivantes, c'est-à-dire aux *psychoses circulaires*. Un des traits cliniques évolutifs du paludisme, en effet, en dehors des crises fébriles, est de procéder par accès, par crises viscérales (Porot). On conçoit qu'il puisse y avoir superposition et addition de ces

deux maladies périodiques. Il y aura, à chaque accès, combinaison des symptômes de l'une et de l'autre, et cela sera surtout frappant durant les crises dépressives. L'alternance circulaire est frappante dans les observations de certains auteurs cités plus haut ; elle est également manifeste, quoique sous une forme atténuée, dans certains états décrits par Griesinger, Krafft Ebing, Kræpelin (notamment dans sa « psychosis typica » palustre). On la retrouve de façon remarquable, à notre avis, dans l'observation du Tasse, dont la psychose palustre prolongée a été mise en lumière par Régis et son élève Comméléran. Dans l'histoire psychiatrique du grand homme, on relève, à côté des symptômes primordiaux de confusion mentale avec délire de type toxi-infectieux, ayant succédé à un stade de neurasthénie post-paludique grave, du circularisme, caractérisé par ce fait qu'à des périodes de plusieurs mois ou années de délire dépressif, avec idées de découragement, de persécution, de ruine, d'auto-accusation religieuse, de suicide, succèdent parfois des intervalles de surexcitation psychique, avec gaieté épicurienne, suractivité littéraire et entrain physique, bien faits pour surprendre ses commentateurs. Le fait est surtout remarquable dans la deuxième moitié de son existence, après son deuxième internement, qui dura sept ans et demi, et qui, loin de diminuer sa fécondité d'écrivain génial, le conduisit à la période la plus productive et la plus glorieuse de toute sa vie.

DEUXIÈME PARTIE

COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DIVERSES

Les Débiles mentaux dans l'Armée : Débiles simples et Délinquants

(Étude clinique et médico-légale)

Par J. Simonin

Médecin principal de l'armée, professeur de médecine légale au Val-de-Grâce.

Dans son excellente monographie sur *la Débilité mentale, considérée spécialement au point de vue du service militaire*, mon collègue et ami, le professeur agrégé Chavigny, écrivait en mai 1909 (1) : « Peut-être peut-on reprocher aux travaux de psychiatrie militaire publiés jusqu'à ce jour, de s'appuyer sur des idées générales plutôt que sur des données précises. On a semblé ainsi construire un édifice qui manque de base, *car les observations cliniques y sont en très petit nombre.* »

C'est pour répondre à cette critique que je veux essayer aujourd'hui, à l'aide de ressources « purement cliniques » empruntées à mon service neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, de déterminer sous quels aspects se présente la débilité mentale dans le milieu militaire ; quelles sont ses causes ; ses symptômes cardinaux ; ses réactions, c'est-à-dire les manifestations par lesquelles elle se révèle d'une façon habituelle ; et les solutions médico-légales qu'elle comporte. Et d'abord, je dois préciser que je donne à ce vocable « débilité mentale » sa signification la plus générale et que je vais y englober tous les états d'insuffisance mentale marquée, quelle que soit leur origine, à condition cependant que la débilité constatée ne fasse pas simplement partie accessoire d'un autre état psychopathique plus différencié. Je ne parlerai, en d'autres termes, que des anormaux psychiques chez lesquels l'insuffisance intellectuelle se présente, dégagée de toute autre psychose.

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mai 1909.

Elle est tantôt primitive ou *congénitale*, ce qui caractérise nosologiquement la débilité mentale proprement dite ; elle peut être encore *acquise*, c'est-à-dire consécutive à un état morbide antérieur dont elle constitue, en quelque sorte, la séquelle tardive, sous la forme d'un affaiblissement psychique qui n'a rien de progressif, ce qui la distingue des états démentiels proprement dits.

J'écarte délibérément de cette étude et les débiles puérils et les anormaux, que je me propose d'envisager dans des travaux ultérieurs, et qui se rattachent à la *déséquilibration*, c'est-à-dire à la dégénérescence moyenne, plutôt qu'à la débilité mentale proprement dite.

Répéter, après beaucoup d'autres, que l'armée compte, parmi les hommes de troupe, de nombreux débiles mentaux, paraît une véritable banalité. Les soins apportés au perfectionnement des moyens de sélection officiels, c'est-à-dire du conseil de revision et de la visite d'incorporation, ne constituent pas une prophylaxie suffisamment efficace.

La cause en est, pour une large part, à l'insuffisance incontestable des renseignements de notoriété que devraient légalement fournir la famille et les autorités municipales, sur les conscrits à mentalité suspecte. Ce qui le prouve de la façon la plus démonstrative, c'est le résultat positif que donnent presque toujours, à ce sujet, les enquêtes ultérieures auxquelles procède la gendarmerie, après incorporation, et sur la demande de l'autorité militaire.

L'expérience a démontré d'autre part qu'il n'y a pas de critérium assez parfait pour permettre de reconnaître, invariablement et d'emblée, le degré d'insuffisance mentale qui doit faire rejeter, à la fois du service armé et du service auxiliaire, un appelé suspect. C'est ici que la formule si vraie imaginée pour la tuberculose latente par mon très regretté maître, le professeur Kelsch, trouve sa très juste application : « Le véritable critérium de l'aptitude au service militaire réside, en dernière analyse, dans un essai loyal plus ou moins prolongé de ce service. »

Je sais bien, et je l'ai appris naguère quelque peu à mes dépens, que certains de nos confrères civils, peu familiarisés, je pense, avec es exigences spéciales du milieu militaire, ont cru pouvoir proposer des apparences de formules et imaginer une sorte de « type de l'aptitude mentale au service », mais je dois à la vérité d'avouer que mon expérience de vingt-cinq années ne peut me rallier à cette opinion. Quand, avec ma conscience, je me trouve en face de cette grave expertise qui consiste à exonérer ou non un citoyen du lourd impôt qui, pendant deux ans, aliène sa liberté et pendant vingt-cinq

années, l'expose à verser son sang pour le pays, j'hésite le plus souvent et je préfère, dans les cas douteux, tenter un essai qui, en dernière analyse, ne peut avoir aucun inconvénient pour le sujet puisqu'il est destiné à se faire sous la surveillance et la responsabilité du commandement et du médecin militaire.

On ignore malheureusement trop, en dehors de l'armée, le souci poignant qui, d'année en année, obsède le haut commandement et qu'on désigne sous ce nom : « la crise des effectifs. » L'abaissement de la natalité française et la nécessité de maintenir néanmoins au même taux élevé le contingent de l'armée active, ont conduit peu à peu le législateur à reculer les conditions minima de l'aptitude physique et psychique au service militaire. Et c'est ainsi qu'en 1905, la loi a rendu « effectif » le service auxiliaire qui reçoit tous les jeunes gens atteints d'infirmités relatives. *Demi-bons*, ils peuvent néanmoins remplacer, dans certains services accessoires, les appelés mieux constitués dont se compose le service armé, « celui qui marche et qui combat ».

En matière de débilité mentale, le problème se pose donc plus que jamais de savoir quels sont les degrés compatibles avec le service réduit ou *service auxiliaire* dont les obligations restreintes paraissent *a priori* pouvoir s'accommoder de facultés psychiques médiocres, tandis que le service armé ou service de guerre exige, semble-t-il, une parfaite intégrité intellectuelle.

Le médecin militaire est donc aujourd'hui, plus fréquemment que jadis, appelé à déterminer le taux d'aptitude intellectuelle compatible avec la présence sous les drapeaux et l'utilisation de l'homme dans l'une ou l'autre des catégories instituées par la loi : service armé ou service auxiliaire.

Pour procéder à l'expertise d'un sujet suspect de débilité mentale, j'utilise invariablement le même cadre dans lequel je range avec méthode les éléments d'information qui me paraissent nécessaires, sous les dix titres suivants :

1° Age et situation militaire ;
2° Capacités scolaires, degré d'instruction ;
3° Capacités sociales : milieu familial, profession ;
4° Capacités militaires ;
5° Délinquance éventuelle : civile et militaire ;
6° Psychisme ;
7° État somatique. Stigmates physiques de dégénérescence ;
8° Antécédents morbides personnels ;
9° Antécédents héréditaires ;
10° Solution médico-légale proposée et adoptée.

Antheaume et Mignot, Chavigny et Haury et tous les auteurs qui ont étudié la débilité mentale dans l'armée ont montré qu'il convenait, au point de vue médico-légal, de distinguer deux variétés dans l'indigence cérébrale, la débilité docile et la débilité morale ou à tendances perverses.

Le débile docile met en général son application à employer ses médiocres facultés naturelles, et on peut concevoir *a priori* qu'il soit utilisable, dans une certaine mesure, dans le service auxiliaire ou plus rarement dans le service armé.

Le débile à réactions ou à tendances perverses est, par contre, ordinairement inutilisable dans la vie civile comme dans le milieu militaire en raison de son instabilité, de sa suggestibilité, des défaillances de sa volonté, de la fausseté de ses raisonnements et de son jugement, et quelquefois de son anesthésie morale.

L'étude pratique du niveau mental habituel des militaires débiles et celle de leurs réactions ainsi que de leur délinquance éventuelle m'ont conduit à les séparer également en deux catégories sous les appellations suivantes : les débiles simples et les débiles délinquants, tout en faisant remarquer que la délinquance militaire a fréquemment un caractère quelque peu conventionnel, car elle résulte presque toujours de l'inobservance de règles particulières imposées à une collectivité spéciale, et que de leur violation il ne résulte pas que le sujet puisse être considéré toujours comme un amoral, mais bien plutôt comme un inadaptable.

Les débiles simples constituent la majorité de ceux que le commandement, averti par les constatations des gradés inférieurs et des officiers de peloton, adresse au médecin militaire pour qu'il soit statué sur leur aptitude intellectuelle au service. Cette première catégorie nous fournit 17 expertises.

Les débiles délinquants, moins nombreux, instables, suggestibles et inadaptables, entrent dans notre petite statistique au nombre de 12.

Et d'abord, il m'a semblé particulièrement intéressant de savoir *comment se révèlent en général les débiles* dans les corps. Quelle est l'*attitude ou la réaction* qui appelle sur eux l'attention du commandement, et qui provoque la demande d'expertise mentale ?

a) Inaptitude professionnelle, 12 cas ;

b) État dépressif, 4 cas ; nostalgie simple, 2 cas ; idées de suicide, 2 cas ;

c) Excentricités, incohérences, un cas (avec insolence des propos) ;

d) Absences illégales, 5 cas ;

e) Refus d'obéissance, 4 cas, dont un avec fugues, et le second avec propos grossiers et bris de clôture ;

f) Désertions, 3 cas, dont une à l'intérieur et deux à l'étranger.

Il convient de faire remarquer que *l'initiative des expertises psychiques* vient ordinairement des gradés subalternes et des officiers qui vivent au contact étroit de l'homme de troupe, et qui, en matière de débilité mentale, arrivent aisément, dans la plupart des cas, à la soupçonner en constatant l'inutilité de leurs efforts d'instructeurs et d'éducateurs. Le médecin est alors consulté sur le degré de débilité, sur la possibilité d'utiliser ou non le soldat soumis à l'expertise.

L'époque à laquelle l'expertise médicale est demandée, c'est-à-dire *l'ancienneté de service des sujets*, est en général assez réduite. Le stage d'essai dépasse rarement le cinquième mois, c'est-à-dire l'époque où le jeune soldat doit être considéré comme mobilisable. C'est en effet au cours de l'instruction de la jeune classe que se révèle l'insuffisance mentale : 14 fois sur 17 expertises, pour les débiles simples ; et 7 fois sur 12, pour les débiles délinquants.

L'ensemble des observations donne, en somme, un chiffre de 21 expertises sur 29, faites dans les cinq premiers mois, contre 7 réclamées après une durée de service qui flotte généralement entre le 7e et le 18e mois. Dans un cas seulement l'examen n'a été pratiqué qu'au bout *de* 2 *ans*. Ce laps de temps peut paraître énorme ; nous verrons qu'il s'explique par les essais successifs que le commandement a voulu faire de soldats qui lui paraissaient médiocres ou peu intelligents, en les affectant d'abord au service armé, puis au service auxiliaire. L'expertise médicale est intervenue tardivement parce qu'elle n'avait pas été sollicitée, ou bien elle a consenti à l'essai du service.

La situation militaire de nos 29 débiles envisagée *au point de vue du recrutement* les classe en deux catégories :

Appelés	20	Service armé	16
		Service auxiliaire	4
Engagés volontaires	9		

La proportion des engagés volontaires est donc considérable. Il suffit pour s'en convaincre de songer que chaque classe compte environ 225 000 appelés et 25 000 engagés, soit un dixième du contingent annuel.

Or, sur le total des débiles soumis à l'expertise, nous comptons environ un tiers d'engagés volontaires, ce qui revient à dire qu'il y

a largement *trois fois plus* de débiles mentaux parmi les engagés volontaires que parmi les appelés.

Le nombre des débiles classés d'emblée par le conseil de revision au service auxiliaire a été de 4 sur 29 : il offre peu d'intérêt *a priori* car, au conseil de revision, c'est la réduction de l'aptitude physique qui a guidé l'expert, et non point la constatation d'un déficit intellectuel. On peut déduire néanmoins de ce fait que les insuffisances physique et psychique n'ont pas entre elles de parallélisme absolu, de même que les stigmates physiques, anatomiques ou fonctionnels de dégénérescence n'impliquent pas fatalement une déchéance similaire de la mentalité.

La proportion des débiles simples et des débiles délinquants dans les deux catégories de militaires, appelés ou engagés volontaires, est, d'autre part, la suivante :

Appelés	20	Débiles simples	11
		Débiles délinquants	9
Engagés volontaires	9	Débiles simples	6
		Débiles délinquants	3

Ces chiffres ne prêtent à aucune considération : les proportions sont sensiblement les mêmes dans les deux catégories.

Par contre, *le mobile de l'engagement* des débiles est fort intéressant à connaître, car il est presque toujours un indice précieux de la mentalité plus ou moins anormale du sujet.

A ce point de vue, nous trouvons, pour les neuf engagés débiles, les motifs déterminants ci-dessous énoncés :

Incapacité d'exercer une profession quelconque (par instabilité ou défaut d'aptitudes), 5 cas.

Suggestions venues d'une tierce personne (enfant naturel pupille de l'Assistance publique ; conseils d'un vieux sous-officier parent de l'engagé), 2 cas.

Motif passionnel (désir de dissimuler à Paris une maîtresse enceinte), un cas.

Désir très naturel chez un paysan pyrénéen d'obtenir plus tard le poste très envié de douanier, un cas.

En résumé, huit fois sur neuf, l'engagement n'a pas été un acte mûrement réfléchi et accompli en vue d'un but logique et raisonnable. L'incapacité générale, la suggestion, la passion dénotent le caractère presque morbide de l'engagement.

La répartition des débiles entre les armes ou services semble n'avoir de réel intérêt que pour les débiles engagés volontaires.

Sur le chiffre total de 9, nous trouvons les proportions suivantes :

Infanterie, 6 ;
Cavalerie, 3 (cuirassiers).
La durée de l'engagement est toujours *à long terme :*
Pour 4 ans, 8 fois ;
Pour 5 ans, une fois.

Un premier fait paraît nettement ressortir de ces chiffres, c'est que la cavalerie, et en particulier la cavalerie munie de casques et de cuirasses, tente particulièrement les débiles jeunes, c'est-à-dire les engagés volontaires : nous trouvons, en effet, parmi eux 3 cuirassiers pour 6 fantassins. D'autre part, l'engagement contracté *d'emblée à long terme* dénote le défaut de jugement et de prévoyance qu'on trouve invariablement en cas de psychisme déficient.

L'ensemble des 29 expertises fournit, enfin, les résultats suivants :

a) *Armes à pied*	22
Débiles simples	15
Débiles délinquants	7
b) *Armes montées*	7
Débiles simples	2
Débiles délinquants	5

Les armes montées fournissent une proportion plus grande de délinquants parce que le commandement des gradés subalternes est plus rude, le service plus fatigant, plus dangereux et que la phobie du cheval y devient la cause fréquente de refus d'obéissance, d'absences illégales ou de désertion.

L'instruction acquise est un excellent procédé de contrôle de la débilité mentale, à condition qu'on ne puisse incriminer comme cause de l'insuffisance pédagogique une altération de la vue ou de l'ouïe, obstacle possible aux acquisitions scolaires. L'examen détaillé de nos sujets permet de les classer, ainsi qu'il suit, au point de vue de leur degré d'instruction :

Illettrés	13	Débiles simples	7
		Débiles à réactions	6
Sachant lire, un peu écrire et faire des calculs simples	7	Débiles simples	4
		Débiles à réactions	3
Possédant une bonne instruction primaire	5	Débiles simples	4
		Débile à réactions	1
Possédant une sanction officielle de leur instruction	4	Débiles simples	2
		Débiles à réactions	2

Certificat d'études	2
Brevet élémentaire	1
Classe de 4e	1

En somme, les deux tiers des sujets examinés (20 sur 29) ont une instruction *nulle ou très élémentaire :* 9 seulement possèdent une bonne instruction primaire ; et sur les 12 délinquants nous comptons 9 insuffisants scolaires.

Si nous entrons dans le détail des observations, nous constatons que l'absence ou le faible degré d'instruction acquise ne sont point le fait du défaut de fréquentation de l'école, mais uniquement du développement insuffisant des facultés élémentaires : idéation, attention, mémoire, associations d'idées, etc...

Sur nos 13 illettrés, 12 ont fréquenté l'école assez régulièrement et pendant plusieurs années :

3	pendant	3	ans (un d'eux, un Corrézien, ne parle même pas le français).
3	—	4	—
1	—	5	—
3	—	6	—
1	—	7	—
1	—	2	— (cours d'adultes).

Un seul, un Breton, qui ne connaît que l'idiome de son pays, n'a reçu aucune instruction.

Les *sept* sujets qui savent lire, écrire plus ou moins correctement, et faire quelques calculs simples, ont également une période de scolarité assez longue :

1	pendant	4	ans.
1	—	5	—
1	—	6	—
1	—	7	—
2	—	9	—

Dans ces 19 cas, c'est donc bien le *terrain intellectuel* qui, défectueux en lui-même, n'a pas pu faire fructifier la graine reçue.

Une seconde remarque s'impose, c'est que les débiles délinquants se trouvent en majeure partie (9 fois sur 12) dans la catégorie des insuffisants pédagogiques, Le faible développement des facultés élémentaires marche de pair avec les troubles émotifs qui ne trouvent pas leur frein naturel dans les notions élevées de devoir, qui s'imposent aux natures susceptibles d'éducation.

La capacité sociale peut tout d'abord être appréciée par la *profession exercée avant l'incorporation :* celle-ci fournit des renseignements assez suggestifs sur la valeur intellectuelle des sujets.

La culture de la terre et les professions manuelles simples revendiquent 20 de nos débiles : les emplois commerciaux simples, 5 ; et enfin, nous trouvons 2 jeunes bourgeois sans profession, demeurant chez leurs parents avant leur incorporation.

Cultivateurs	13	Paysans.	10
		Gardiens de bestiaux....	3
		Débiles simples	10
		Débiles délinquants	3
Professions manuelles simples	9	Un crieur de journaux. Un laveur de devantures. Un domestique. Deux aide-maçons. Un aide-tuilier. Un apprenti tisserand. Un apprenti tisseur. Un mineur.	
		Débiles simples	4
		Débiles délinquants.......	5
Professions commerciales, employés ..	5	Débiles simples	3
		Débiles délinquants..	2
Bourgeois sans profession ...	2	Débile simple......	1 (fils d'un député).
		Débile délinquant ..	1

Dans huit cas, nous relevons la mention d'instabilité ou l'essai infructueux de professions variées.

L'un d'eux, rural illettré, a tenté en vain de se placer chez divers fermiers comme valet de métairie ; partout il a été remercié, car il n'a aucune initiative ; il ne peut rien faire sans être commandé dans tous les détails d'exécution de la tâche imposée. En fin de compte, il est rentré dans sa famille où il aide son père qui lui sert de mentor, car il est incapable de gagner sa vie (soldat Louis...)

Le second, fils d'une mère internée pour agitation maniaque, a été successivement et sans succès domestique, jardinier, boulanger avant un engagement de quatre ans, contracté à 19 ans dans un régiment d'infanterie (soldat Buf...).

Le troisième, ancien méningitique, placé dans le commerce à 13 ans, change fréquemment de patrons ; jamais il n'a pu rester plus de trois mois dans la même maison, en raison de son inertie psychique et de l'impossibilité d'une attention soutenue (soldat Viar...).

Le quatrième, ancien méningitique comme le précédent, d'abord commis de librairie, a été renvoyé pour négligence, inexactitudes, malpropreté. Plus tard, ajusteur dans une fabrique de machines agricoles, il la quitte en raison de sa maladresse, cause d'une mutilation de l'index gauche. Il entre dans une fabrique de boutons qu'il abandonne parce qu'il était berné par ses camarades dont il était devenu le souffre-douleur. Domestique, il est renvoyé à cause de ses négligences ; minotier, puis ajusteur mécanien, il est éliminé de partout comme incapable. A 18 ans, il veut s'engager, mais les médecins lui refusent un certificat d'aptitude. Il est enfin appelé au service armé et versé comme meunier dans une section de commis et ouvriers d'administration. Crédule et naïf, il se laisse persuader par ses camarades de faire une demande au médecin-expert pour entrer dans la garde républicaine (soldat Bab...).

Le cinquième, chez lequel la débilité mentale paraît consécutive à une fièvre typhoïde grave, à forme ataxo-adynamique, survenue à l'âge de 12 ans, a essayé plusieurs professions : apprenti chaudronnier, apprenti maçon; puis, à 19 ans, se trouvant sans travail, il s'engage dans l'artillerie pour quatre ans. Il n'est susceptible d'aucune attention ou application ; il n'a jamais eu la moindre suite dans son travail (soldat Ars...).

Un autre, d'abord aide-maçon, est ultérieurement employé comme expéditionnaire de marée, puis il s'engage pour cinq ans au 2e cuirassiers. L'affaiblis-

sement de ses facultés mentales, et plus spécialement de sa mémoire, semble remonter à une fièvre typhoïde survenue à l'âge de 7 ans et qui l'aurait laissé un peu idiot au dire de ses concitoyens. La famille ne compte aucun dégénéré ou vésanique. Le père a succombé à une tuberculose résultant du surmenage qu'il s'imposait pour nourrir ses six enfants qui étaient tous bien équilibrés (soldat Pet...).

Un septième, fils d'une mère hystérique convulsive et lypémaniaque, est employé de 14 à 16 ans chez un géomètre qui le renvoie comme naïf, crédule et incapable, puis il se place comme surnuméraire des postes, échoue à l'examen et s'engage à 18 ans pour quatre années ; réformé pour neurasthénie, il est rappelé au service armé (soldat Charpent...).

Enfin le huitième, dont la débilité paraît remonter à l'alcoolisme invétéré de la mère, est encore un illettré qui, d'abord apprenti dans une fabrique de chaussures, se met à vagabonder et à vendre à la criée des journaux sur la voie publique (soldat Cheval...).

Les aptitudes professionnelles ne constituent qu'un élément d'appréciation de la capacité sociale. Elles nous renseignent avant tout sur la valeur intellectuelle des sujets.

Les instincts, les facultés morales peuvent avoir encore à ce point de vue un très vif intérêt ; il en est de même de la délinquance civile antérieure à l'incorporation.

Il est enfin capital de savoir comment la *notoriété publique* apprécie la valeur intellectuelle et morale des sujets débiles.

Le faible développement de l'instinct sexuel est un premier fait qui m'a frappé : c'est ainsi que 11 fois sur 27, je trouve la mention de l'absence complète de rapports sexuels antérieurs : la timidité du caractère est une des causes de cette frigidité ; mais il y a bien aussi de l'indifférence génitale, car la masturbation ne paraît pas exister, chez les mêmes sujets, à l'état d'habitude et, d'autre part, la série de ces débiles ne présente aucune anomalie des organes génitaux par défaut de développement.

La timidité, la tendance à l'isolement, au confinement dans la famille ; la faible sociabilité, l'absence de relations avec les jeunes gens de même âge sont notés dans presque tous les cas ; la plupart des débiles ne se livrent pas aux distractions que le peuple prend le dimanche : ils ne fréquentent ni les bals, ni les jeux de boules, ni les cafés. Ils ne parlent que si on leur adresse la parole. Quelques-uns cependant ont des habitudes éthyliques anciennes qui datent de l'adolescence, et alors ils sont sournois, violents, brutaux pour leurs semblables et pour les animaux ; ils ont un vocabulaire fait de mots grossiers ou orduriers dont ils ne paraissent pas comprendre l'inconvenance.

Un grand nombre (12) ont des sentiments affectifs très prononcés pour leur famille avec laquelle ils vivaient dans une étroite intimité ; ils regrettent vivement le foyer domestique au point de présenter

à l'arrivée au corps une véritable nostalgie, avec dépression et idées de suicide (soldats Court..., Salens..., Kalus...)

Quelques-uns, orphelins en bas âge, livrés à des parents éloignés et indifférents, ont abouti au vagabondage et à la mendicité ; ils sont devenus précocement alcooliques et fournissent la majorité des débiles délinquants.

Ces premiers renseignements que nous fournissent l'interrogatoire direct et les enquêtes de notoriété publique sont complétés, chez 11 de nos expertisés, par la *mention de leur débilité mentale connue de leurs concitoyens.* Ceux-ci témoignent, tantôt qu'ils étaient incapables de gagner leur vie et qu'après quelques essais professionnels, ils ont dû rester à la charge de leurs familles ; ou bien encore qu'ils étaient considérés comme simples d'esprit, un peu idiots et *sûrement incapables de faire des soldats.* Il est bon de faire remarquer que ces renseignements importants n'ont pas été produits au moment du conseil de revision ni par les parents, ni par les maires auxquels incombe cependant, de par la loi, la mission d'éclairer le conseil sur les infirmités de leurs administrés quand elles sont de notoriété publique. On conçoit tout l'intérêt que pourraient présenter de pareilles déclarations si elles étaient confirmées par un examen psychique fait par une commission spéciale et idoine avant l'incorporation, ou tout au moins dès l'arrivée au corps.

***

De même, il serait fort utile que l'autorité civile fût astreinte à faire connaître au conseil de revision *la délinquance civile antérieure.* Elle existe chez un petit nombre de nos débiles délinquants militaires, dans quatre cas seulement.

L'un d'eux, orphelin de père tuberculeux, *alcoolique précoce,* est poursuivi à deux reprises différentes pour jet de pierres et vol de poissons : il est acquitté pour défaut de discernement. Au régiment il est excentrique et incohérent : tantôt il fait preuve d'un zèle intempestif et bizarre, tantôt il refuse l'obéissance sans motif plausible ; il s'absente illégalement pour aller voir sa mère ; il s'enivre quand il a de l'argent. Il a été réformé définitivement (soldat Pet...).

Le second, orphelin de mère, mendiant dans sa petite enfance, plus tard charretier dans une ferme, *alcoolique précoce,* a subi deux condamnations civiles pour vol de pommes dans un verger ; il a été condamné, par défaut, à quatre mois et quinze jours de prison. Au régiment il répond insolemment à un adjudant, lui refuse l'obéissance pour un motif futile, brise les carreaux de la prison. Sa responsabilité a été jugée atténuée (soldat Fer...).

Le troisième, orphelin abandonné, élevé par un tuteur, ayant été atteint de fièvre typhoïde grave à l'âge de 10 ans, mineur de profession, *alcoolique précoce,* cyclothymique, a été condamné deux fois à un mois de prison pour actes délictueux commis au cours de l'ivresse (coups et blessures ; outrages aux bonnes mœurs par exhibition). Au régiment il fait une fugue, erre sans billet.

sur les voies ferrées pendant deux jours, sans argent, sans nourriture ; ramené et envoyé à l'hôpital, il tente de s'évader ; on le réforme définitivement (soldat Hui...).

Le quatrième (soldat Chev...), appelé au service armé au 102e régiment d'infanterie, vendeur de journaux sur la voie publique, vagabonde habituellement avec des chenapans de la pire espèce. Il a été impliqué comme complice dans une affaire de vol, où il était utilisé pour faire le guet. La notoriété publique le considérant comme faible d'esprit, il a été acquitté pour défaut de discernement. C'est le fils d'une mère ivrognesse et suicidée au cours d'une crise alcoolique aiguë. Au régiment, il commet une série de délits, réponses grossières, inconvenantes à ses chefs, refus d'obéissance, vol utilitaire de tabac avec effraction. L'examen somatique et mental révèle de nombreux stigmates anatomiques, fonctionnels et psychiques de dégénérescence qui motivent sa réforme définitive.

La délinquance civile ne fait que précéder la délinquance militaire dont elle est invariablement suivie, parce qu'elle résulte de la constitution intellectuelle et morale du sujet et que les exigences strictes et multiples de la discipline, ainsi que les heurts inévitables de la vie en commun ne peuvent que servir de pierre de touche à l'insuffisance psychique générale et à l'émotivité souvent anormale des tarés, dont nous essayons d'esquisser l'histoire.

***

L'incapacité professionnelle militaire chez les débiles résulte de leurs stigmates psychiques mêmes.

Pauvreté de l'idéation, faiblesse de l'attention, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, de la volonté, émotivité exagérée du caractère se traduisent par la timidité, la craintivité, la phobie des chefs, des chevaux ; par des réactions de défense, inertie, mutisme, violences en actes ou en paroles, fuites, absences illégales ou désertions.

Ce qui caractérise surtout les débiles au point de vue professionnel militaire, c'est la difficulté considérable, et souvent même l'impossibilité absolue d'exécuter des ordres successifs donnés d'une façon brève, comme il arrive dans presque tous les exercices militaires.

La faiblesse de leur attention fait que leur temps de réaction est très long ; c'est à peine s'ils commencent à comprendre un premier commandement quand le suivant survient.

En second lieu, leur instruction est gênée et retardée par leur *défaut de mémoire;* il faut sans cesse leur répéter les données élémentaires de l'instruction jusqu'à ce que les mouvements commandés soient passés à l'état de véritables réflexes inconscients.

Leur *émotivité* souvent très développée se manifeste tantôt par

une crainte exagérée des chefs qui les inhibe et les paralyse, tantôt par un entêtement bizarre et irraisonné. Il en résulte un nouvel obstacle à la marche normale de leur instruction.

Leur inertie physique et morale, la débilité de leur volonté, la crainte de l'effort, compliquent leur lenteur intellectuelle qu'elle aggrave. Ils sont maladroits, gauches, lents dans leurs mouvements ; ils se montrent en outre incapables d'entretenir leurs effets, leurs armes et leur équipement. Ils égarent ce qu'on leur confie, échangent leurs habits ou objets d'équipement avec ceux de leurs voisins ou les leur dérobent si la crainte des punitions les y pousse, par des vols accomplis sans aucune précaution ni finesse.

Ils sont l'objet de *brimades* sans nombre de la part de leurs camarades et les supportent, en général, malaisément. Parfois, ils y répondent par des réactions d'une violence qui contraste avec leur torpeur habituelle ; mais le plus ordinairement il en résulte pour eux un état de dépression psychique plus ou moins accentuée, accompagné, dans certains cas, de nostalgie marquée, d'un regret angoissant du foyer familial, de refus plus ou moins complet des aliments ou même d'idées de suicide. Quelques-uns de ces débiles cherchent à se soustraire par la fuite à ces petites vexations quotidiennes, soit qu'ils se cachent comme un animal battu, dans les coins les plus reculés du quartier ; soit encore qu'ils fuient la caserne, conscients ou non des peines sévères qui frappent l'absence illégale ou la désertion.

Un caractère commun à tous ces débiles, c'est leur *tendance à l'isolement et au mutisme*, ce qui paraît dû avant tout à un très réel défaut de spontanéité idéative. Ils se tiennent à l'écart de leurs camarades, ne se mêlent point à leurs conversations ni à leurs jeux. Ils ne cherchent pas davantage à se distraire au dehors, et se confinent volontiers à la caserne sans profiter des sorties ou permissions qui leur fourniraient l'occasion de rompre la monotonie de la vie militaire.

* * *

Sous quelles formes la délinquance militaire se présente-t-elle chez les débiles? — Refus d'obéissance avec ou sans propos insolents, grossiers ou orduriers ; absences illégales, et plus rarement désertion, voilà les modes de réactions communément observés.

Et d'abord dans quelles circonstances *ce refus d'obéissance* se produit-il? Ces circonstances sont-elles de nature à faire soupçonner, presque d'emblée, à un chef militaire quelque peu avisé,

la nature anormale et probablement morbide de ce délit? Les exemples suivants semblent bien le démontrer.

Voici, en premier lieu, un refus d'obéissance, muet et sans motif plausible, qui est réellement des plus caractéristiques :

Le cavalier Denech..., appelé au service armé, commandé pour aller prendre la douche hebdomadaire, refuse de se déshabiller et de passer à son tour ; son capitaine intervient, le cavalier se décide à obéir ; quelques jours après, refus obstiné de se mettre en tenue pour monter à cheval, et de se rendre à la manœuvre malgré les exhortations des officiers de l'escadron et du chef d'escadron de semaine. Ce cavalier récalcitrant monte dans sa chambre, à deux heures du soir, se couche, et garde un mutisme absolu alors même qu'après un délai suffisant pour réfléchir on lui a lu solennellement le code militaire et ses pénalités. Il a été l'objet d'une plainte en conseil de guerre. L'expertise mentale propose et obtient sa réforme définitive comme débile. C'est un bas-Breton rural illettré, porteur de nombreux stigmates physiques et psychiques de dégénérescence.

Examiné au point de vue psychique, peu après son arrivée au service, il avait été reconnu atteint de débilité mentale ; comme sa constitution physique était vigoureuse, on avait cru pouvoir l'utiliser à des corvées faciles d'ordre purement mécanique (pansage, garde d'écurie), et en effet pendant plusieurs mois il put fournir un bon service sous la surveillance de son capitaine et du médecin du corps. L'arrivée d'un nouveau colonel désireux de voir tous ses cavaliers entraînés au service de guerre fait que ce cavalier est astreint de nouveau à toutes les obligations du service, mesure qui ne tarde pas à provoquer chez lui les réactions violentes ci-dessus énoncées. L'enquête de notoriété témoigne que naguère il supportait mal les observations de son père, quittant la maison, pour n'y revenir que le soir.

Un second cas intéressant est celui d'un jeune cuirassier, engagé volontaire pour cinq ans : « Appointé de parade pour mauvaise tenue de ses effets, il refuse d'obéir à son sous-officier, puis le lendemain à son officier de peloton, ne voulant ou ne pouvant, dit le capitaine, donner de son acte aucune raison. » Il a déjà de nombreuses punitions pour ivresse, coups et blessures graves à des camarades, manquements aux appels et absences illégales. Illettré, aide-maçon gagnant à peine sa vie, fils de père tuberculeux, de mère violente, ayant eu à 7 ans une fièvre typhoïde grave qui a réduit considérablement sa mémoire ; deux fois condamné par les tribunaux civils pour rixe et vol utilitaire ; débile psychique, porteur de stigmates physiques de dégénérescence, impulsif et violent, ce cavalier est réformé définitivement. Son capitaine terminait ainsi un rapport fourni à son sujet : « Tout dans sa conduite et sa façon de servir dénote un état d'esprit anormal qui nécessite l'examen et l'avis de médecins compétents (cavalier Pet...). »

Il n'est pas inutile de rappeler, au sujet de ces deux premiers cas, la remarque si judicieuse de MM. Antheaume et Mignot, à savoir que *le refus muet d'obéissance est presque toujours un signe de débilité mentale ou de démence précoce.*

Dans une troisième observation, nous avons affaire à un débile mental léger, enfant abandonné, vagabond et mendiant, condamné civilement deux fois pour vol de pommes dans un verger, alcoolique précoce, porteur de stigmates physiques de dégénérescence, ajourné pour développement physique insuffisant, appelé au service auxiliaire dans un régiment d'infanterie .« Utilisé comme magasinier-lampiste, certain jour il refuse du pétrole à un soldat d'une

compagnie sous prétexte que ce militaire l'avait accusé de ne pas donner la quantité qui lui était due ; il le menace « de lui casser la figure ». L'adjudant survient et, par trois fois sans succès, lui intime l'ordre de délivrer le pétrole. Devant ce refus repété, l'adjudant ayant fait mine de lui lire le code inscrit sur un livret, il s'écrie : « Vous pouvez bien me foutre quatre jours et même douze ans de guillotine, je m'en fous ! » Conduit à la salle de police, il brise les carreaux de la fenêtre et, à travers les barreaux, jette les fournitures de literie du local disciplinaire. On le met en prison, puis il est soumis à un examen mental. Il s'agit là d'une réaction violente survenue à l'occasion *d'un motif des plus futiles.* L'alcoolisme ancien du sujet paraît expliquer l'intensité de la réaction. Le sujet ne paraît pas se rendre un compte exact de la gravité de la faute militaire qu'il a commise. « Nous étions bons amis, dit-il, avec l'adjudant ; il rigolait souvent avec moi, je n'ai pas cru que ce serait sérieux, aussi je ne me suis pas connu de colère quand on m'a mis à la salle de police. » Le capitaine commandant la compagnie avait estimé lui-même que la responsabilité de ce soldat semblait être diminuée. Esprit inculte, nature fruste, n'ayant reçu ni instruction ni éducation, ce militaire a néanmoins réussi à apprendre à lire au cours d'adultes du soir, fait au régiment. Son instabilité, son impulsivité paraissent surtout tenir à son alcoolisme précoce et ancien. Sa responsabilité a été déclarée atténuée au point de vue médical et la sanction s'est bornée à une peine disciplinaire (soldat Fer...).

Dans un quatrième cas, il s'agit d'un jeune soldat, appelé du service armé au 102e régiment d'infanterie, qui, dès son arrivée au corps, se fait remarquer par son intelligence rudimentaire, sa maladresse, la malpropreté de sa tenue, l'inconvenance et la grossièreté de ses réponses. Puni d'abord de salle de police, il ne tarde pas à se rendre coupable d'un refus formel d'obéissance au sujet duquel il donne comme explication qu'on lui avait recommandé, avant son entrée au régiment, de ne pas obéir à ses chefs ; puni de quinze jours de prison, il vole, le jour même de sa mise en liberté, le tabac d'un de ses camarades après avoir brisé la serrure de la boîte qui le contenait. Son capitaine, considérant qu'il ne paraît pas capable de s'amender en raison de sa débilité à la fois intellectuelle et morale, demande son examen mental.

Une enquête de notoriété publique fait connaître que ce malheureux est le fils d'une ivrognesse suicidée; qu'atteint d'un tremblement de la main droite depuis sa naissance, il passe pour un faible d'esprit à responsabilité très atténuée ; la justice même l'a considéré comme dépourvu de discernement et acquitté dans une affaire de complicité de vol. A l'école il n'a pu acquérir aucune instruction, plus tard il a essayé sans succès un apprentissage dans une fabrique de chaussons, mais sa maladresse qui l'exposait à de fréquentes coupures ne lui a pas permis de continuer. Acoquiné avec une bande de chenapans et gagnant quelques sous comme crieur de journaux sur la voie publique, il ne rentre au domicile de son père, sacristain de profession, que poussé par le besoin. Il est porteur de nombreux stigmates physiques de dégénérescence ; hémi-atrophie faciale droite, abaissement du sourcil de ce côté, inégalité des ouvertures palpébrales, implantation irrégulière des dents, hypertrophie notable du corps thyroïde, tremblement intermittent du membre supérieur droit à type parkinsonnien, pollakiurie, diurne et nocturne, sans altération de la composition urinaire. Ce tremblement s'exagère et se généralise dans l'effort soutenu, il disparaît dans l'effort synergique brusque. On observe en outre, d'une façon inconstante, une légère trémulation de la langue et un battement bilatéral inconstant des paupières. Le psychisme de C... est rudimentaire (faiblesse de l'attention, de la mémoire, du jugement, de la volonté) ; sa suggestibilité est considérable ; il rit d'une façon niaise et à propos de rien, il est toujours malpropre et débraillé, et s'exprime en termes grossiers sans avoir conscience de l'inconvenance de ses paroles. Il est réformé définitivement après un mois et demi de service (soldat Cheval...).

Abordons maintenant *le délit d'absence illégale*. Cette appellation convient, en langage militaire, à toute absence non autorisée qui n'atteint pas une durée de six jours, délai après lequel l'absence illégale prolongée prend, en temps de paix, le nom de désertion.

Au point de vue médical, les 5 cas d'absence illégale observés chez des débiles ont deux fois le caractère de fugues insuffisamment motivées. Trois fois, l'absence a un motif plausible, un but déterminé ; elle n'a de morbide que la réaction impulsive qu'elle accuse, car elle fait suite à une demande de permission présentée à l'autorité militaire et refusée par elle.

La première fugue est celle d'un engagé volontaire de quatre ans au 1er régiment de cuirassiers. Orphelin à 7 ans, atteint de fièvre typhoïde grave à 10 ans, il a néanmoins obtenu son certificat d'études à 13 ans, puis il commence à travailler dans une mine ; il y contracte *des habitudes précoces d'alcoolisme.* Engagé sur les conseils d'un vieux sergent, il est puni, dès le début, pour ivresse, ce qui le dégoûte du régiment. Il part avec un soldat qui allait en convalescence, et après avoir prévenu son capitaine de son départ, il descend à Creil où il ne connaissait d'ailleurs personne ; il y reste un jour à errer dans la ville, puis utilise le reste de son argent pour prendre un billet pour Hazebrouck ; là, il couche dans la gare ; le matin il repart sans billet pour Berghèse, puis va à Fauquerolles, à Béthune et enfin à Bruhie chez un de ses frères qui le ramène au corps ; il avait voyagé toujours en uniforme, et sans manger pendant deux jours. L'indigence des motifs de cette fugue, la pauvreté et l'incohérence des moyens d'exécution sautent aux yeux, d'autant plus que le trajet suivi sur les voies ferrées n'est pas celui qui devait le mener directement au but.

L'examen médical montre la faiblesse de l'attention, de la mémoire et du jugement, et d'autre part, un certain degré de cyclothymie, c'est-à-dire une alternance de mutisme mélancolique avec des périodes d'excitation. A l'hôpital, le malade essaie de s'évader. Au cours de sa vie civile, il a été condamné deux fois pour coups et blessures ainsi que pour outrages aux bonnes mœurs étant en état d'ivresse. Il a des mains énormes et une grande envergure extraordinaire. La solution adoptée à son sujet a été la réforme définitive (soldat Hin...).

La seconde fugue est le fait d'un jeune fantassin, appelé au service armé, rural illettré *nostalgique*, atteint d'état dépressif avec idées de suicide. Il s'ennuie « à mort » au service militaire et veut à tout prix se rapprocher de sa famille qui habite près de Lens. Trois jours après son incorporation il part au milieu d'une crise de larmes. Il avait 0 fr. 25 dans sa poche ; il quitte Paris à pied, la gendarmerie le retrouve le lendemain soir, errant dans une forêt près de Château-Thierry. Il est réformé définitivement pour débilité mentale, puérilité du caractère et réactions impulsives. Une de ses sœurs, âgée de 17 ans, est atteinte d'épilepsie convulsive et d'incontinence nocturne d'urine. Quant à lui-même il n'est porteur d'aucun stigmate anatomique ou fonctionnel de dégénérescence (soldat Barb...).

Les trois cas d'absence illégale que je vais maintenant relater d'une façon succincte se produisent dans des conditions qui *rappellent nettement l'acte d'indiscipline ordinaire*, mais les soldats qui s'en rendent coupables ont des tares mentales telles que leur réforme définitive a dû être invariablement prononcée.

L'un d'eux, appelé du service armé au bataillon de zouaves de Rosny (Seine), a été versé au service auxiliaire en raison d'une déformation congénitale prononcée du crâne et de la voûte palatine et d'un état d'esprit spécial qui paraissait le rendre incapable de remplir les obligations du service armé : grossier et insolent avec ses camarades et les gradés, malpropre, négligé ou excentrique dans sa tenue, d'une instabilité extrême qui le pousse à réagir devant les ordres par des propos bassement orduriers ou par le bris impulsif d'objets d'utilité courante, cruches ou balais, ce militaire s'étant vu refuser une permission pour aller voir sa famille, quitte la caserne pendant trois jours. A son retour, il est question de l'envoyer aux sections spéciales pour indiscipline habituelle contre laquelle a échoué la répression disciplinaire (consigne 14 jours, salle de police 45 jours, prison 34 jours en quinze mois), mais le général commandant le département de la Seine réclame au préalable un examen mental. De ce dernier il résulte que le sujet, fils d'un père alcoolique invétéré, appartient à une famille « d'exaltés et de toqués », qu'il est atteint de débilité mentale et de dégénérescence *physique*. Il est considéré dans son pays comme un esprit simple et borné, un instable, un crédule et un impulsif violent. Le directeur d'une fabrique de tulle où il était employé avant son incorporation affirme qu'on n'avait pu lui confier qu'un travail très simple ordinairement exécuté par des gamins de 14 ans (soldat Clais...).

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de famille bourgeoise : son père est tuberculeux, sa mère atteinte de mélancolie avec dépression ; une de ses sœurs, morte à 30 ans, et un de ses cousins germains étaient idiots. Accouché au forceps, il n'a marché qu'à 6 ans, et n'a fait sa première communion qu'à 13 ans. Placé chez un géomètre, de 14 à 16 ans, il est qualifié par ce dernier de garçon crédule et naïf, dépourvu d'intelligence et de mémoire, incapable de rien apprendre ni retenir, ni même de placer des jalons sur une ligne droite. De 18 à 20 ans, aspirant surnuméraire des postes, il est considéré comme inconscient, d'une instruction rudimentaire, d'esprit bizarre, baroque et dérangé ; il échoue naturellement à son examen. A 20 ans il s'engage pour quatre années, et il est réformé au bout de 6 mois pour neurasthénie. Incorporé comme appelé du service armé, il est incapable de s'instruire, en raison de la faiblesse de son attention, de sa mémoire, il est toujours mal habillé, mal équipé. Enfin il part sans permission pour aller voir sa famille et rentre au bout de trois jours seulement. L'examen mental demandé par son lieutenant de peloton aboutit à une réforme définitive. Il s'agit de débilité par hérédité psychique (soldat Charpen...).

Le troisième sujet, appelé du service auxiliaire, affecté à un dépôt de remonte (déformation congénitale de la cage thoracique), a été interné à l'âge de 13 ans dans une maison de santé. Il se souvient qu'à ce moment il avait des impulsions bizarres, il fallait qu'il répétât dix à quinze fois la même phrase ; il se croyait persécuté par sa famille, avait souhaité la mort de son père et proféré contre lui des menaces ; il éprouvait le besoin de faire exactement le contraire de ce qu'on lui commandait. Le médecin de la maison de santé certifie que ce jeune homme est atteint de « débilité mentale, sujet aux impulsions et aux fugues, qu'il s'est livré à des violences et à des menaces de mort ». Malgré un internement de treize mois, les parents n'adressent aucune réclamation au conseil de revision, espérant que le régiment améliorerait l'état mental de leur fils, mais au bout de quatre mois de service, pour un motif futile, une plaisanterie d'un maréchal des logis, il part pour Genève à peu près sans argent. Il écrit sa résolution à sa famille en insistant sur des détails absolument minutieux et puérils et en disant qu'il se voit forcé. bien à regret, d'aller vivre loin d'eux à l'étranger. Les parents le font immédiatement rapatrier par le consul ; il revient sans difficulté, car il est aussi aboulique qu'impulsif. On le fait hospitaliser, examiner et il est définitivement réformé. Les parents avouent au médecin que de 8 à 12 ans, leur fils a présenté une à deux fois par mois des

crises d'épilepsie et plus tard des vertiges suivis de saignements de nez et absences de mémoire, des migraines violentes. Le mal comitial, attribuable peut-être à un trauma-céphalique occasionné par le forceps au moment de la naissance, suffit à expliquer tous les troubles psychiques présentés par ce sujet. La débilité mentale, qui n'est que relative chez ce jeune homme, lui a permis de suivre jusqu'à la troisième les études classiques ; elle est bien le fait de la névrose, car on ne retrouve aucune tare chez les ascendants, aucune infection ou intoxication chez le sujet lui-même ; sa fugue est bien toutefois celle d'un débile ; elle n'a en aucune façon l'allure d'une manifestation épileptique (soldat Lebel...).

Voyons, en troisième lieu, quelles sont les conditions de la *désertion à l'intérieur ou à l'étranger* chez les débiles.

La désertion à l'intérieur ou à l'étranger résulte d'une absence illégale dont la durée se prolonge au delà de six jours. Les trois cas qui suivent concernent des débiles à des degrés légers, qui, déférés aux conseils de guerre, ont été l'objet d'une expertise médico-légale.

Le premier est un manœuvre parisien, appelé du service armé dans un régiment d'infanterie, sachant lire, écrire et faire quelques calculs simples ; il a essayé plusieurs métiers ; successivement apprenti relieur, charcutier, horloger, menuisier, il a finalement adopté la profession simple et rudimentaire de laveur de devantures, et il travaille d'ailleurs d'une façon irrégulière, vivant, la majeure partie du temps, du travail de son ancienne concubine qu'il a épousée. Après avoir présenté de l'incontinence d'urine prolongée, il traverse depuis l'âge de 12 ans des périodes d'amyosthénie générale pendant lesquelles il demeure couché et se plaint de céphalée persistante. Il offre d'ailleurs une certaine inertie psychique habituelle, il manque d'énergie, de volonté, il est indolent et paresseux. Ces défauts se sont aggravés de bonne heure à la suite d'excès alcooliques qui ont affaibli sa mémoire déjà précaire. « A l'incorporation, il arrive avec quatre jours de retard ; quatre mois après, sans aucun motif, il déserte une première fois et vit sans travailler pendant quinze jours à l'aide d'emprunts. Condamné à deux mois de prison, il est changé de corps et arrive encore huit jours en retard. Il déserte une seconde fois et reste absent treize jours qu'il passe dans le désœuvrement, faisant de longues stations dans les comptoirs où il tient des propos antimilitaristes. » Il ne s'éloigne pas de Paris, où il est facilement retrouvé au domicile de sa femme. On le ramène au corps. Il donne comme excuse qu'il avait besoin de travailler pour les siens, alors qu'au contraire il a été à leur charge. Ses parents, sa femme et ses voisins l'avaient vivement exhorté à rejoindre la caserne, mais il se complaisait trop dans cette vie indolente et sans efforts pour reprendre volontiers les occupations multiples et fatigantes de la caserne. Au point de vue physique il n'a aucune tare, aucun stigmate en dehors de quelques tatouages insignifiants. Son père, modeste ouvrier, est atteint de myélite chronique. Ce sont la mère et les sœurs qui apportent les ressources nécessaires à la famille. Déclaré responsable avec une légère atténuation de responsabilité en raison de son état d'inertie psychique, il est condamné à trois ans de prison (soldat Guy...).

Le second cas concerne un jeune employé de commerce appelé du service armé, depuis un mois, au 26e régiment de dragons. « Il prémédite et prépare sa désertion, se procure de l'argent, se débarrasse de ses effets militaires qu'il renvoie au corps pour ne pas compliquer son délit. Il s'installe à Liège où il monte une petite mercerie, il y vit une année et à bout de ressources, vivement pressé d'ailleurs par sa famille, revient en France se constituer prisonnier. »

Il est à noter que dès le troisième jour de sa désertion, ses parents l'avaient décidé à rentrer à son corps ; il vint en effet, rôder autour de la caserne, mais un camarade lui ayant affirmé qu'il aurait la même punition que s'il était déserteur, il avait regagné la Belgique. Il donne comme motif de sa désertion la crainte du cheval, sa maladresse pour cet exercice, alors qu'il avait demandé lui-même à servir dans la cavalerie ! Le colonel estime que ce jeune cavalier a péché non point par défaut de discernement, mais par manque de virilité, de courage. Ses anciens patrons le considèrent comme un puéril, un faible d'esprit se livrant à des actes enfantins, s'amusant à jouer au maître, à donner des ordres, à promettre des gratifications au personnel, à distribuer l'éloge et le blâme d'une façon ridicule, ce qui amenait à penser qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles. Son père a été interné, à quatre reprises, pour accès maniaques avec tendance à l'agression, alternant avec du délire mystique : il a succombé trois ans plus tard à la fièvre typhoïde. Le délinquant a lui-même été atteint d'une forme grave de cette maladie à l'âge de 10 ans ; il aurait présenté du délire actif aigu pendant plusieurs jours. L'expertise médicale, tenant compte de ce double antécédent héréditaire et personnel, du caractère puéril et indécis de ce jeune homme ainsi que de quelques stigmates physiques de dégénérescence dont il est porteur (asymétrie faciale, voûte ogivale, réduction du mandibule, soudure des lobules), a conclu à une légère atténuation de sa responsabilité (soldat Gayr...).

Le troisième, déserteur à l'étranger, est un engagé volontaire pour quatre ans, enfant naturel d'une ouvrière tisseuse, orphelin de mère à 7 ans, confié à une tante qui, ayant elle-même des enfants, s'est fort peu occupée de lui. Placé de bonne heure en apprentissage chez un tisserand, il se montre paresseux et instable, il vagabonde dans la campagne au lieu de travailler ; renvoyé de l'atelier, repoussé par sa tante, il se laisse déprimer et a quelques idées de suicide, puis il se décide à s'engager. Soldat médiocre, nonchalant, apathique, insensible aux remontrances, aux punitions, il s'isole de ses camarades, puis « envahi par l'ennui fait une première absence illégale ». Après huit mois de service, il se rend chez sa tante, lui fait croire qu'il est en permission régulière ; le lendemain, les gendarmes l'arrêtent sur les bords de la Somme où il pêchait tranquillement à la ligne. Il allègue simplement comme excuse son dégoût du métier militaire. Puni de trois mois de prison il essaie maladroitement de se pendre avec ses bretelles. « Cinq mois après, il vole 5 francs à un camarade, en dépense une partie au café et dans une maison publique, puis il jette son ceinturon et son sabre-baïonnette dans une rivière et après une absence de trois jours vient se constituer prisonnier. Cette fois il se borne à donner comme excuse que « c'est une idée qui lui a passé par la tête ». Il est condamné à six mois de prison, on le change de régiment et là il subit trente-quatre jours de salle de police et vingt-trois jours de prison pour mauvais entretien de ses effets, simulation d'indisposition.

Enfin « neuf mois après, il déserte. Sorti en tenue militaire du casernement, il abandonne dans un champ ses effets et ses armes, se loue en Belgique comme cultivateur, puis au bout de quatre mois, revient en France se constituer prisonnier, alléguant qu'il a obéi à une impulsion inexplicable et qu'il est sincèrement repentant ». Cette fois, le conseil de guerre réclame une expertise médicale qui révèle chez lui un certain degré de faiblesse de l'attention et de la mémoire, une vraie débilité de la volonté que l'éducation n'a pas dressée. Dans ses absences illégales, perce un défaut de discernement, de jugement réellement puéril. Il satisfait son caprice puis revient se constituer prisonnier. Paresseux, menteur, capricieux, il cède à ses instincts, quitte à se repentir et à expier, il avoue quelques excès éthyliques. Sa tante maternelle présente des crises d'hystérie convulsive. En raison de ces différentes circonstances, sa responsabilité est déclarée légèrement atténuée. Le conseil le condamne à deux ans de prison (soldat Seel...).

L'état somatique des débiles est rarement parfait. Tantôt, c'est la constitution générale qui est défectueuse par insuffisance de la taille, du poids et du périmètre thoracique ; tantôt on rencontre des troubles fonctionnels qui se rattachent à l'étiologie variée et souvent complexe de la débilité, et que nous étudierons sous un paragraphe ultérieur. Le plus souvent enfin, on retrouve des stigmates physiques ou fonctionnels de dégénérescence.

La proportion restreinte des débiles affectés d'emblée au service auxiliaire comparée au chiffre total des incorporés du service armé, augmenté des engagés volontaires (3 pour 26), suffit à montrer que la débilité mentale n'est pas étroitement liée à la faiblesse physique en général. Les cas d'ajournements antérieurs viennent cependant majorer quelque peu le chiffre précédent.

En revanche, la coexistence de stigmates physiques de dégénérescence, anatomiques ou fonctionnels est extrêmement fréquente. Bien que leur constatation n'ait, *a priori*, qu'une importance relative, nous estimons avec la plupart des psychiatres, qu'ils doivent, tout au moins, attirer l'attention des experts médicaux sur l'utilité de sonder le psychisme de ceux qui en sont affectés.

Dix-neuf de nos sujets sur 29 sont porteurs de ces stigmates, ou physiques, ou fonctionnels : la plupart les accumulent, comme à plaisir, sur leur personne ou bien encore en présentent de si caractéristiques que l'expert ne peut manquer de les remarquer et de les rapprocher des stigmates mentaux pour compléter son diagnostic. Une simple énumération, suivie de quelques chiffres, nous édifiera rapidement sur la fréquence relative des divers stigmates de dégénérescence :

A) *Stigmates anatomiques :*

Déformations des os du crâne et de la face....	30 variétés.
Dolichocéphalie	1 fois.
Oxycéphalie	2 —
Dolichocéphalie et oxycéphalie	2 —
Front olympique	1 —
Dépression frontale médiane	1 —
Saillie anormale des arcades sourcilières	1 —
Voûte palatine creusée en ogive profonde	9 —
Hémiatrophie faciale droite	7 —
Hémiatrophie faciale gauche	1 —
Mandibule réduit à type infantile	3 —
Allongement des branches montantes du mandibule..............................	1 —
Implantation vicieuse des dents	1 —
Incisives dentelées	1 —
Déviation de la cloison nasale médiane	1 —
Anomalie des oreilles......................	5 —
Oreilles larges, décollées	3 —

Avec lobules soudées	2	fois.
Rides frontales transversales profondes	1	—
Volume anormal de l'œil gauche	1	—
Langue fissurée et scrotale	1	—
Frein lingual prolongé jusqu'à la pointe	1	—
Anomalies des membres	11	—
Réduction du volume des mains et des pieds	4	—
Hémiatrophie de la main et du pied droits	1	—
Dimensions exagérées des mains et des pieds	4	—
Grande envergure	1	—
Orteil en marteau	1	—
Phimosis	2	—
Gynécomastie	1	—

B) *Stigmates fonctionnels.*

Stigmates sensitifs et sensoriels	7	—
Hypoesthésie cutanée généralisée	1	—
Hémianesthésie droite	1	—
Amblyopie par atrophie papillaire	2	—
Surdité bilatérale	1	—
Anosmie	1	—
Agueusie	1	—
Stigmates moteurs	11	—
Ptosis incomplet de la paupière supérieure droite	1	—
Monoparésie du membre inférieur droit	1	—
Hémiparésie droite avec tremblement	1	—
Esquisse de paraplégie spasmodique	1	—
Esquisse de stéréotypie des attitudes	1	—
Tremblement du membre supérieur droit à type parkinsonnien	1	—
Amyosthénie laryngée	1	—
Bégaiement	1	—
Marche tardive	6	—
Incontinence nocturne d'urine	4	—
Pollakiurie diurne et nocturne	1	—

C) *Stigmates vasomoteurs et trophiques :*

Cyanose des mains	2	—
Icthyose congénitale	1	—
Myxœdème	1	—
Obésité	1	—
Syndrome basedowien	1	—

Il nous reste à mentionner que les 10 sujets débiles exempts de stigmates physiques, anatomiques ou fonctionnels, de dégénérescence appartiennent aux catégories suivantes :

Débiles légers : illettrés ruraux et nostalgiques	2	fois.
Débiles crédules et puérils	3	—
Débiles à hérédité vésanique	2	—
Débiles par alcoolisme précoce	2	—
Débile épileptique à réactions violentes (ancien interné)	1	—

Si maintenant nous recherchons *les causes médicales probables de la débilité mentale* constatée au cours de nos expertises, nous trouvons les mentions étiologiques suivantes :

Alcoolisme avéré et invétéré des ascendants..	8 fois.
Alcoolisme précoce des sujets	6 —
Épilepsie des sujets	4 —
Fièvre typhoïde grave antérieure	7 —
Méningites survenues dans l'enfance	4 —
Aliénation chez les ascendants	4 —
Débilité congénitale de cause inconnue	6 —

Il n'est pas rare de voir plusieurs causes intervenir chez un même sujet (7 fois sur 29) sans qu'il soit toujours possible de déterminer exactement le rôle de chacun des facteurs.

L'alcoolisme des ascendants exerce une action non douteuse sur la débilité mentale des rejetons.

Six fois nous trouvons la mention de l'éthylisme avéré et invétéré du père, aggravé dans un cas par des crises d'épilepsie toxique. Une seule fois, c'est la mère qui est une ivrognesse incorrigible : elle s'est suicidée par pendaison dans un accès d'éthylisme. Dans un dernier cas, il faut remonter au grand-père paternel, dont l'intoxication alcoolique très ancienne se compliquait de tremblements généralisés. L'alcoolisme des ascendants n'a point paru entraîner fatalement celui des descendants ; la disposition à boire ne s'est pas montrée héréditaire. En effet, les 6 cas d'alcoolisme personnel observés chez des débiles concernent *quatre fois* des sujets qui, par suite de la mort prématurée de leurs ascendants directs, se sont trouvés de bonne heure orphelins et confiés à des parents éloignés et indifférents ; leur *enfance abandonnée* et malheureuse les a conduits au vagabondage et à la mendicité, ils ont contracté de bonne heure des habitudes alcooliques. Le cinquième cas est celui d'un ouvrier parisien dont l'inertie et la paresse naturelle ont trouvé de bonne heure un abri funeste dans les multiples débits de la capitale ; quant au sixième, appartenant à une famille bourgeoise, il ne devient alcoolique qu'après une fièvre typhoïde grave dont a pâti lourdement son psychisme. Ce qu'il convient de remarquer, c'est que l'alcool conduit presque fatalement à la délinquance (8 fois sur les 14 cas que nous avons observés). Le poison éthylique engendre un état d'émotivité spéciale du caractère qui conduit aux actes violents et impulsifs, qu'il s'agisse de réponses grossières, d'outrages, de fugues, d'absence illégale ou de désertion.

La fièvre typhoïde est mentionnée sept fois dans l'histoire pathologique de nos débiles. Il s'agit invariablement de formes graves

ataxo-adynamiques, accompagnées de délire plus ou moins violent, suivies dans 2 cas de rechute ; compliquée dans un autre d'un syndrome basedowien persistant et de surdité bilatérale légère. Les âges où l'affection s'est développée varient entre 5 et 12 ans (5, 7, 10, 11 ans) (2 fois), 12 ans (3 fois).

Presque toujours, on trouve la mention de l'affaiblissement durable de l'attention et de la mémoire, à la suite de cette maladie : l'enfant ne fait plus de progrès dans ses études, il devient apathique, nonchalant et indifférent, sa volonté fléchit.

Chez deux de nos sujets, l'atteinte nerveuse qui résulte de la dothiénentérie se complique d'alcoolisme précoce conduisant à la délinquance.

Les psychoses chez les ascendants paraissent avoir été dans 4 cas la cause de la débilité observée ; à ce point de vue, l'hérédité paternelle et maternelle s'observe avec une fréquence analogue.

Chez la mère, nous trouvons mentionné une fois un état maniaque ayant provoqué l'internement durant douze années : le fils, de père inconnu, pupille de l'Assistance publique qui l'a fait engager pour cinq ans, est un véritable inconscient, malpropre, grossier en paroles, coprolalique, paresseux, rebelle à toute instruction militaire, atteint de surdité droite probablement due à des végétations adénoïdes très prononcées : il a, en outre, dans ses antécédents une fièvre cérébrale (?) à l'âge de 5 ans, une fièvre typhoïde grave à l'âge de 12 ans compliquée de rechute (soldat Bul...).

Dans un second cas, la mère est lypémaniaque et hystérique. Depuis dix années, elle est confinée dans son lit, se refusant à tout contact avec l'extérieur, vivant dans l'inertie la plus complète, ne se levant que la nuit pour manger en cachette, et présentant des crises convulsives sans perte de connaissance, à la moindre contrariété. Le fils, engagé volontaire pour quatre ans, réformé pour neurasthénie, appelé plus tard au service armé, n'a marché qu'à 6 ans ; il est naïf, crédule, dépourvu d'attention, de mémoire et de jugement : il paraît incohérent, toujours mal habillé, mal équipé, incapable de suivre l'instruction, il part enfin sans permission pour aller dans sa famille et rentre en retard au quartier. Après examen mental, il a été réformé (soldat Charpen...).

Chez le père, nous rencontrons une fois un délire mystique, entrecoupé de crises d'agitation ayant nécessité quatre internement successifs. Le fils, dont les facultés intellectuelles élémentaires sont très médiocres, est surtout un puéril manquant de jugement, de raisonnement, de volonté : la peur du cheval le pousse à une désertion préméditée à l'étranger, où il demeure plusieurs mois avant de venir spontanément se constituer prisonnier : chez ce militaire, il faut peut-être compter encore avec une fièvre typhoïde grave, compliquée de délire prolongé, survenue à l'âge de 11 ans (soldat Gayr...).

Dans un dernier cas, c'est la grand'mère paternelle qui a été internée et a succombé à l'asile de Marseille : le frère et la sœur du débile en question sont atteints d'hystérie convulsive, le sujet présente un léger degré de cyclothymie ; il a été hospitalisé au cours d'une période de dépression nostalgique avec idées de suicide (soldat Kalus...).

L'épilepsie latente et méconnue est signalée quatre fois comme agent étiologique de la débilité mentale.

Nous trouvons d'abord un sujet, fils de père épileptique éthylique et de mère épileptique et démente ; lui-même a présenté entre 8 et 13 ans des crises convulsives typiques, remplacées ultérieurement par des équivalents migraineux, des terreurs nocturnes, des cauchemars terrifiants : appelé du service armé, il a été versé au service auxiliaire pour débilité mentale, puis réformé pour le même motif. C'est un être passif, inerte, au masque atone et indifférent, sans attention ni mémoire ; aux réactions psychiques lentes et rudimentaires ; il ne montre aucune impulsion violente, aucune perversion instinctive (soldat Debr...).

Dans le deuxième cas, il s'agit du huitième enfant d'un père notoirement éthylique. Des crises atypiques se sont montrées de 7 à 16 ans, sous forme d'accès de tremblement généralisé, suivi quelquefois d'une courte perte de connaissance. Le sujet n'a marché qu'à 7 ans ; jusqu'à 8 ans, il a présenté de l'incontinence nocturne d'urine. A peine a-t-il pu apprendre le petit catéchisme pour sa première communion faite à l'âge de 12 ans. Plus tard il a gardé les vaches, n'ayant pu réussir à labourer convenablement. C'est un débile illettré, docile, doux, timide et craintif. Ajourné pour faiblesse constitutionnelle, appelé ensuite du service armé, il a été versé au service auxiliaire puis réformé comme incapable de remplir aucune obligation militaire : toujours en retard à l'exercice, il avait été trouvé certain jour assis devant sa guérite durant une faction et ne s'était pas dérangé à l'arrivée d'un supérieur (soldat Graind...).

Le troisième sujet, appelé du service armé, sixième fils d'un père alcoolique invétéré, a une constitution physique relativement vigoureuse, mais une débilité mentale assez accusée pour être réformé huit jours après son arrivée au service. C'est un rural qu'on peut qualifier d'illettré, car tout son savoir se borne à lire difficilement un texte imprimé. Il offre une lenteur très marquée des différentes opérations psychiques. Il parle d'une voix de fausset avec un timbre nasillard. Il aurait été atteint à 7 ans d'une fièvre cérébrale avec impotence douloureuse consécutive des membres inférieurs ayant nécessité quatre ans d'alitement, accompagnée d'une incontinence d'urine qui jusqu'à 20 ans a été à la fois diurne et nocturne. Elle existe encore pendant la nuit. Il a présenté à 12, 13 et 14 ans des crises convulsives avec perte de connaissance et amnésie lacunaire complète qui paraissent bien être caractéristiques d'un *morbus sacer* relevant soit de l'hérédité éthylique, soit de l'encéphalite accusée dans le jeune âge (soldat Blanq...).

Le quatrième, débile épileptique, appelé du service auxiliaire (cavalier de remonte Leb...), a été atteint de 8 à 12 ans de crises typiques de mal comitial survenant environ deux fois par mois ; elles ont fait place à des migraines très accusées. A 17 ans il a été interné pour délire de la persécution avec perte des sentiments affectifs envers les siens. Les facultés intellectuelles, attention, mémoire, jugement sont nettement affaiblies, il est aboulique, versatile et puéril ; après une première absence illégale, il se rend coupable d'un retard au retour d'une permission, perd la tête et part pour Genève : ses parents le décident à revenir assez aisément car s'il est impulsif, il est également suggestible.

Notons ici que trois fois sur quatre l'alcoolisme du père a préparé l'épilepsie des enfants : ces cas, ajoutés aux 14 observations antérieures dans lesquelles l'alcoolisme des ascendants ou des sujets eux-mêmes se trouve en rapport plus ou moins direct avec la débilité mentale, nous donnent un total de 17 cas sur 29 dans lesquels le poison éthylique affirme nettement sa funeste intervention.

Il convient encore d'insister sur ce fait que l'épilepsie ne s'est

manifestée au régiment chez ces divers sujets que par des formes atypiques, aberrantes, dont la véritable signification pouvait parfaitement échapper en l'absence d'un interrogatoire rigoureux et d'enquêtes de notoriété faites dans le milieu civil où ces accidents se sont produits.

Trois fois seulement, des *méningites antérieures* survenues dans le jeune âge (à 3, 4 et 7 ans) se rencontrent dans les antécédents personnels de nos débiles. Ce fait aurait pu paraître étrange, il y a quelques années, mais on sait actuellement que la mort n'est pas l'aboutissant fatal des atteintes méningées, fussent-elles de nature tuberculeuse, et que leur guérison parfois complète laisse, dans nombre de cas, des séquelles de nature variée, somatiques ou psychiques, plus ou moins importantes.

L'arrêt de développement intellectuel observé dans un premier cas, celui d'un jeune appelé du service armé (soldat Viam...) ajourné pendant deux ans pour faiblesse de constitution, se complique d'anosmie, d'agueusie, d'amyosthénie laryngée, de faiblesse des membres inférieurs avec exaltation des réflexes tendineux, céphalées et accès vertigineux ; parfois même le sujet se réveille à terre au pied de son lit, brisé de fatigue. Les parents racontent qu'à 3 ans il fut atteint de méningite à la suite d'une rougeole compliquée de fluxion de poitrine et après quatre mois d'alitement il était encore aphone et incapable de marcher autrement qu'avec des béquilles. Il avait des céphalées atroces avec sensation d'éclatement du crâne, du dérobement des jambes et des vertiges tels qu'il devait s'aliter fréquemment.

De caractère souple et docile, il était craintif, pusillanime, peu communicatif, s'isolant volontiers, incapable d'attention soutenue. C'est à grand'peine qu'il a pu acquérir une instruction primaire peu étendue ; placé chez divers commerçants, il n'a pu demeurer nulle part, en raison de la faiblesse de son attention, de sa mémoire et de sa volonté. Au régiment, il a été considéré comme incapable d'acquérir l'instruction, et comme sa débilité physique ne permet pas son utilisation dans le service auxiliaire, il est réformé n° 2.

Le soldat Droui..., appelé du service armé, fils d'un instituteur de l'Yonne, a été également atteint de méningite à l'âge de 3 ans. Il a conservé des troubles physiques ainsi caractérisés : légère monoparésie du membre supérieur droit sans atrophie musculaire appréciable ; hémihyperesthésie cutanée gauche ; exagération de tous les réflexes cutanés et tendineux. Au point de vue psychique, il est inerte et euphorique, toujours satisfait ; de figure poupine, il accuse sa timidité quand on lui parle en tirant ses manches, se frottant les mains, ou rognant ses ongles avec ses dents. Il n'a pu acquérir qu'une instruction primaire limitée et n'a jamais été capable d'exercer un métier suivi, même pas celui d'aide-tuilier, en raison de son défaut d'initiative ou d'activité spontanée. Il a besoin, pour exécuter le travail le plus simple, d'une direction et d'une surveillance de tous les instants. Au régiment, son capitaine le considère comme incapable de marcher au pas, de garder et d'entretenir ses effets et ses armes ; il pleure à la moindre observation, c'est un simple d'esprit, sans activité ni spontanéité. Il est immédiatement réformé.

Le soldat Bab..., appelé du service armé, serait né avec d'heureuses dispositions. A 4 ans, il savait lire couramment. A 7 ans, il est atteint de méningite et son intelligence se modifie de la façon la plus défavorable ; il se développe physiquement mais conserve le moral d'un jeune enfant : doux, docile, timide, crédule, naïf, il est gai sans motif, chantonne sans raison ; malpropre et négli-

gent, il change six fois de métier ; tente de s'engager sans succès. Berné par ses camarades civils, il est également brimé au régiment où il devient la risée de tous ; il manque continuellement aux appels et aux services ; il est négligent et malpropre et se montre totalement incapable d'acquérir l'instruction militaire ; on le réforme sept mois après son arrivée au corps.

Il nous reste enfin 6 cas de débilité congénitale sur l'étiologie desquels nous ne sommes pas exactement fixés. Il s'agit invariablement de ruraux issus de familles pauvres et nombreuses, habitant des hameaux reculés ou de petites localités, n'ayant pu acquérir aucune instruction, ni gagner leur vie en dehors de leur famille, avant leur appel au service. Ils fournissent 4 débiles simples (soldats Berch..., Court..., Salens..., Lauren...) et 2 débiles délinquants (soldats Roy... et Denech...)

***

Les solutions médico-légales militaires intervenues, après expertise, vis-à-vis des débiles simples ou délinquants offrent un réel intérêt.

Dans quelques cas, d'ailleurs rares (3 fois sur 29), un essai loyal et successif du service armé et du service auxiliaire a été tenté par le commandement, après avis du médecin du corps dans 2 cas, et d'un médecin spécialisé en psychiatrie pour le troisième.

Résumons brièvement ces tentatives et constatons leur insuccès :

Le soldat Debri..., appelé du service armé au 5e régiment d'infanterie, rural, débile simple sans réactions, épileptique larvé et méconnu, se fait remarquer, dit son capitaine, par diverses singularités : « Il se tient à l'écart de ses camarades, conserve un mutisme presque absolu, ne répondant pas aux questions qui lui sont posées, ou ne le faisant que d'une façon à peu près dépourvue de sens ; il justifie pleinement l'annotation spéciale : « Peu intelligent » qui, par les soins du commandant de recrutement de son bureau d'origine, a été portée à la page 7 de son livret matricule. Après *un essai de quarante-deux jours de service armé,* il est classé, sur un avis médical, au service auxiliaire comme atteint de débilité mentale paraissant compatible avec un service réduit.

A la fin de sa première année de service, le commandement demande une expertise psychiatrique, estimant que ce militaire, incapable de tout effort intellectuel, ne peut être employé, sans surveillance continue, aux besognes les plus simples telles que corvées de quartier, épluchage de légumes, etc., et que dès lors, les services rendus ne justifient pas son maintien sous les drapeaux. Nous avons vu, au paragraphe consacré à l'étiologie, l'histoire de ce militaire qui fut, après nouvelle expertise, réformé définitivement avec la mention suivante : « Débilité mentale et dégénérescence physique ayant déjà motivé le passage du service armé au service auxiliaire. Fils d'alcoolique invétéré épileptique, et de démente épileptique, Debri... est lui-même atteint d'épilepsie larvée après avoir présenté des crises comitiales typiques. Il présente une lenteur très accusée de toutes les opérations intellectuelles et des mouvements physiques : l'attention, la mémoire sont faibles ainsi que l'imagination, le jugement et le raisonnement ; l'instruction acquise est rudimentaire.

Le sujet fait preuve d'une passivité habituelle, avec une tendance très marquée à la stéréotypie des attitudes. Son crâne est à la fois dolicho et oxycéphale. La face est asymétrique par hémiatrophie droite. L'épaule droite est abaissée par une attitude défectueuse habituelle ; la marche et les mouvements sont lents. La notoriété publique le considère unanimement comme un faible d'esprit. »

Le soldat Clain..., appelé du service armé au 4e régiment de zouaves, apprenti tulliste, fils de père alcoolique et déséquilibré, débile délinquant, est versé dans le service auxiliaire *après deux mois de présence au corps*, pour débilité mentale et bégaiement. Il avait paru incapable de recevoir l'instruction militaire et d'assurer l'entretien de ses armes et de ses effets ; il s'était montré, d'autre part, enclin à des colères soudaines et impulsives au cours desquelles il faisait des réponses grossières aux gradés, ou s'abstenait de les saluer. Cette façon d'être anormale ne s'amende en rien malgré la simplicité des obligations du service auxiliaire et ce militaire accumule les punitions (consigne au quartier : 14 jours ; salle de police, 45 jours ; prison, 34 jours), au point qu'il est question de l'envoyer aux sections spéciales. Sa tenue est irrégulière et débraillée, il met son képi de travers et la visière en arrière, il s'étend sur son lit avec des chaussures crottées ; il s'affuble de bandes molletières pour faire la corvée de quartier. A un caporal qui vient le chercher pour un service commandé, il répond « M..., je ne suis pas de corvée » ; à un sergent il dit dans les mêmes conditions : « Ne venez pas ici me faire ch... » ; à un adjudant qui le réprimande pour ne pas l'avoir salué, il répond : « Je m'en fous. » Enfin il fait une absence illégale de trois jours, après avoir demandé sans succès une permission en présentant une lettre qu'il a confectionnée en imitant l'écriture de son père. Le général de brigade réclame une expertise psychiatrique à la suite de laquelle le soldat Clain... est réformé définitivement après dix-sept mois de service, avec le diagnostic suivant : « Débilité mentale et dégénérescence physique caractérisées par la faiblesse de l'attention, de la mémoire, du jugement et du raisonnement ; par un état d'émotivité anormale du caractère, la tendance aux impulsions violentes et aux fugues, la faiblesse de l'instruction acquise malgré sept années d'école primaire, et l'impossibilité constatée de s'adapter aux obligations du service militaire armé ou auxiliaire. Le développement exagéré des branches montantes du maxillaire inférieur, la petitesse anormale des mains et des pieds, la profondeur de l'ogive palatine, un bégaiement prononcé, des tics de la face le stigmatisent au point de vue physique. L'enquête de notoriété affirme que son père, alcoolique avéré, est déséquilibré ; quant au malade, il est considéré comme un esprit simple et borné, un instable, un crédule et un impulsif violent. »

Le soldat Denech..., appelé du service armé au 2e régiment de cuirassiers, débile délinquant, rural illettré de la Basse-Bretagne, sans antécédents héréditaires connus, se fait remarquer dès son arrivée au corps par sa mauvaise tenue, la malpropreté de ses effets, son inertie, son mutisme, sa tendance à l'isolement ; il se couche parfois dans la journée au lieu de se rendre à l'exercice, ou se cache dans l'intérieur du quartier, dans les magasins à fourrage, d'où il ne sort que la nuit pour chercher sa nourriture. Envoyé en observation au Val-de-Grâce *après deux mois de service*, il est reconnu atteint de débilité mentale simple sans délire avec troubles de l'émotivité consistant surtout en une frayeur puérile du cheval et des gradés qui le pousse à se dérober au service et à se cacher : à l'hôpital, il se montre doux, discipliné, toujours prêt à rendre service à condition de le commander doucement. On conclut donc à sa mise en essai au corps, sous la surveillance du médecin et du capitaine commandant qui reçoivent communication du rapport médico-légal dans lequel se trouvent décrits le caractère du sujet et la façon de l'acclimater progressivement au service militaire. Utilisé comme garde d'écurie, il accomplit à merveille les obligations simples que lui impose cet emploi. Le médecin

du corps constate la disparition de toute phobie, la cessation des fugues à l'intérieur du quartier. Mais le colonel ayant remarqué l'absence de ce militaire aux exercices et manœuvres, il y est astreint à nouveau et alors il renouvelle ses fugues, mais cette fois en dehors du quartier ; il y rentre sans prendre aucune précaution pour cacher son absence illégale, puis enfin il commet deux refus muets d'obéissance pour des motifs futiles : refus de prendre une douche ; refus obstiné de se mettre en tenue pour l'exercice. Il est l'objet d'une plainte en conseil de guerre et envoyé au préalable en observation à l'hôpital où il est réformé définitivement sous la rubrique suivante : « Débilité mentale et dégénérescence physique. Inadaptabilité militaire : impossibilité d'acquérir la tenue et l'instruction professionnelles. Rétivité impulsive et irraisonnée : refus muets d'obéissance, fugues à l'intérieur et à l'extérieur du quartier ; faiblesse de l'attention, de la mémoire, du jugement, du raisonnement, émotivité anormale du caractère ; phobies et obstination. Crâne oxycéphale : saillie des arcades sourcilières ; front bas et étroit, masque infantile ; mandibule rétrécie ; varite ogivale. Longueur et largeur démesurées des pieds et des mains avec cyanose. Légère infiltration généralisée du tissu cellulaire confinant au myxœdème. »

J'ai tenu à rapporter, avec quelque détail, ces trois observations parce qu'elles montrent l'impossibilité d'utiliser les débiles accentués principalement quand ils ont des troubles de l'émotivité quelque peu marqués. L'essai surveillé des débiles est délicat à tenter, il demande le concours et la bonne volonté constante des gradés à tous les échelons de la hiérarchie. Il ne peut s'effectuer sans compromettre quelque peu l'instruction et la discipline. Il y a donc intérêt à ne pas le prolonger et à éliminer aussi bien du service armé que du service auxiliaire les intelligences par trop frustes, ou les débilités qui se compliquent de troubles accentués du caractère ; sinon l'aboutissant de ces essais est, en fin de compte, la section spéciale ou le conseil de guerre, à moins que l'expertise psychiatrique n'arrive à leur substituer à temps, comme sanction justifiée, la réforme définitive.

Et cependant il convient d'affirmer, de la façon la plus catégorique, l'aptitude au service militaire, armé ou auxiliaire, de certains débiles simples ; de même qu'on peut affirmer la responsabilité, au moins partielle, de quelques débiles délinquants. Voici, d'ailleurs, la statistique générale de nos expertises considérée au point de vue de la sanction médico-légale définitive.

Maintien au service....	10	armé	8	4 débiles simples...... 4 débiles délinquants.
		auxiliaire....	2	débiles légers.
Réformes définitives			19	Débiles simples .. 11 Débiles délinquants. 8

Il me semble particulièrement intéressant de donner quelques détails sur les débiles maintenus au service *après expertise mentale.*

Nous y trouvons tout d'abord deux paysans illettrés, l'un : Breton du Finistère ; le second, montagnard pyrénéen, atteints dès leur arrivée de dépression nostalgique dérivant de sentiments affectifs très prononcés pour leurs parents et leur pays où ils ont vécu jusqu'alors d'une existence tranquille, monotone, réglée dans tous ses détails par l'autorité douce de parents simples mais sans tares. Timides, craintifs, mais souples et dociles, ces deux soldats, vis-à-vis desquels quelques ménagements ont été demandés à l'autorité militaire, ont poursuivi sans incident leur service militaire, l'un dans le service armé, l'autre dans le service auxiliaire et dans un régiment placé à proximité de son pays d'origine (soldats Berch... et Court...).

Un troisième, rural illettré, issu d'un petit hameau de l'Orne, est fils d'un père alcoolique, frère d'un épileptique, mais il est lui-même docile et désireux de faire son service comme les autres. Ajourné pour faiblesse de constitution, il est classé tout d'abord au service auxiliaire; il se montre discipliné, s'acclimate peu à peu au métier militaire et obtient son passage au service armé. Il a supporté, sans réactions, les brimades de ses camarades et n'a aucune punition pour indiscipline ; sa bonne volonté compense la faiblesse relative de ses facultés intellectuelles. Il termine son service sans incident (soldat Graind...).

Il suffit, dans un quatrième cas, de faire passer de la cavalerie dans l'infanterie un jeune engagé volontaire, débile léger, atteint de dépression avec idées de suicide, en raison d'une frayeur instinctive du cheval, pour le voir accomplir correctement son service. A noter que ses ascendants directs sont indemnes de tares psychiques, mais que sa grand'mère a été internée (soldat Kalus...).

Un autre débile léger, engagé volontaire, maintenu sans inconvénients à son corps, a été mis en observation en raison d'idées vagues de suicide par précipitation ou pendaison, provoquées par un dégoût momentané très violent du métier militaire. Il s'agit d'un débile puéril instable ayant eu à l'âge de 12 ans *une fièvre typhoïde grave* à forme ataxo-adynamique. Il a essayé plusieurs métiers sans y réussir. Son attention et sa mémoire laissent beaucoup à désirer, mais il manque encore plus de jugement et a besoin d'une direction morale qui sera d'autant plus efficace qu'il est naturellement plus suggestible (soldat Ars...).

Un autre cas analogue est celui d'un jeune engagé volontaire pour quatre ans, fils d'un député de l'Ouest, poussé sans vocation dans la vie militaire par son père lassé de le voir désœuvré et se livrant à la boisson. Pourvu d'une intelligence assez vive dans sa première enfance, il a vu ses facultés intellectuelles et morales subir un véritable amoindrissement après une fièvre typhoïde très grave survenue à l'âge de 11 ans. Sa faculté d'attention et sa mémoire ont éprouvé une atteinte sérieuse ; il ne réussit dans aucune de ses études, qu'il s'agisse de français ou de latin, et n'arrive à conquérir aucun diplôme. Adolescent, il se livre à des excès d'alcool et de tabac. Au corps, il devient obèse, atteint 96 kilogrammes pour 1 m. 64 de taille ; son périmètre thoracique est de 1 m. 03 ; oxycéphale à front étroit, ses oreilles décollées ont leurs lobules adhérents ; il est imberbe et gynécomastique, bien que présentant des organes génitaux normalement développés. Une bienveillance particulière à son endroit l'a fait nommer caporal, mais il n'a aucune conscience de ses devoirs, il boit avec ses hommes et certain jour qu'il commandait un poste sur un champ de courses, il a poussé l'inconscience jusqu'à laisser un de ses subordonnés quêter de l'argent dans son képi, pour faire des libations. Comme soldat, il s'était montré insolent et grossier avec les gradés. Après expertise médico-légale, il a consenti à rendre ses galons, se rendant compte lui-même qu'il était incapable d'exercer un commandement quelconque, puis il a été versé au service auxiliaire, ce qui a permis de rompre son engagement et de le libérer, car il avait accompli un temps légal de deux ans de service (soldat Cloar...).

Enfin quatre débiles délinquants, dont trois prévenus en instance de conseil de guerre, ont paru devoir être maintenus au service, bien que leur responsabilité pénale ait été déclarée légèrement atténuée. L'un d'eux, issu de parents sains, mais orphelin de bonne heure, esprit inculte n'ayant reçu aucune instruction ni éducation, vagabond et mendiant, alcoolique dès la puberté, avait refusé l'obéissance à un adjudant. Mis en prison il brise dans un accès de violence rageur les barreaux d'une fenêtre. Le délit s'est jugé au corps par une peine disciplinaire (soldat Fer..., du service auxiliaire, au 120e régiment d'infanterie).

Le second, sans hérédité fâcheuse, ouvrier parisien, alcoolique de bonne heure, se rend coupable d'absences illégales, puis, à deux reprises, de désertion à l'intérieur : bien que son psychisme élémentaire se soit ressenti de son intoxication éthylique, il a paru, par les détails de sa vie au cours de ses désertions, avoir conservé une responsabilité suffisante pour justifier une sanction pénale qui a été de deux ans de prison (soldat Gey...).

Des deux derniers qui se sont rendus coupables de désertion à l'étranger, l'un appelé du service armé au 26e dragons (cavalier Gayr...), demeure un an en Belgique où il gagne sa vie comme mercier, puis, sur les instances de ses parents, vient se livrer à l'autorité militaire ; fils de père aliéné, il a eu en outre, à l'âge de 11 ans, une fièvre typhoïde grave avec délire persistant : la phobie du cheval a été la cause déterminante de sa désertion ; il est avant tout dépourvu de jugement et de volonté. Le second, engagé volontaire pour quatre ans au 72e régiment d'infanterie (soldat Secl...), né de père inconnu, orphelin de mère en bas âge, alcoolique précoce, est sujet à la dépression avec parfois des idées de suicide. Après deux absences illégales, il déserte en Belgique, puis au bout de quatre mois, se constitue spontanément prisonnier. Son activité intellectuelle : attention, mémoire, paraît assez réduite ; son enfance abandonnée explique l'insuffisance de dressage de sa volonté, son défaut de jugement et de raisonnement; néanmoins il a conscience de son délit militaire et sa responsabilité n'a été jugée que légèrement atténuée (deux ans de prison).

Les débiles délinquants susceptibles d'être maintenus au service sont le plus souvent des insuffisants psychiques légers qui confinent aux déséquilibrés puérils : ils ont été, dans certains cas, capables d'acquérir une instruction suffisante ; ils sont assez corrects dans leurs attitudes et leurs propos ; mais leur volonté est débile ; leur suggestibilité accusée les entraîne à l'absence illégale ou à la désertion comme elle les ramène assez aisément au corps ; ils ont même l'idée du devoir, aussi les tares ataviques, qui d'ailleurs ne sont pas constantes, ne suffisent pas à entraîner l'irresponsabilité complète. L'alcoolisme du sujet n'est pas toujours étranger à la délinquance, ce qui n'incline pas volontiers les experts et les jurés vers la solution du non-lieu ou de l'acquittement.

Néanmoins, et ces réserves une fois faites, je ferai remarquer que la réforme définitive a dû être prononcée dans 18 cas sur 29 (11 débiles simples et 7 débiles délinquants). Cette solution radicale est imposée à l'expert par la constatation d'une débilité globale et accusée de toutes les facultés intellectuelles, par l'intensité des troubles émotifs et la débilité de la volonté. L'étude des antécédents montre à la base de ce déficit intellectuel de graves antécé-

dents héréditaires ou personnels : alcoolisme, épilepsie, méningites antérieures ou psychoses caractérisées.

***

Je résumerai, en terminant, les résultats de cette étude sous forme de quelques courtes propositions :

1º Les contingents annuels introduisent dans l'armée un nombre assez important de débiles mentaux. La raison en est dans l'insuffisance des dossiers sanitaires fournis par les familles ; dans l'absence de déclarations de notoriété de la part des maires ; dans l'imperfection des conseils de revision et des visites d'incorporation dont le fonctionnement actuel n'est pas organisé en vue de l'expertise psychiatrique. Toutefois, la création récente d'écoles régimentaires pour les jeunes appelés illettrés est une mesure excellente pour aider au dépistage des débiles mentaux.

2º *La sélection des débiles* ne tarde pas néanmoins à se faire tout naturellement, *par l'essai même du service.* Soupçonnés par les cadres instructeurs (sous-officiers et officiers) presque dès les premières semaines, ils sont généralement confiés à l'examen du médecin expert, au plus tard, dans le cours des cinq premiers mois du service, c'est-à-dire avant l'époque où les jeunes appelés sont considérés comme mobilisables.

3º De ces débiles, les uns sont *simples et dociles*, les autres présentent des *réactions* et deviennent, à l'occasion, *des délinquants militaires.* Il est donc nécessaire d'envisager pour chaque cas d'espèce : *a*) l'*aptitude au service armé* ou *auxiliaire; b*) le *degré de responsabilité disciplinaire* ou *pénale.*

4º Les débiles *se révèlent au corps : a*) par les anomalies de leur attitude habituelle ; *b*) par l'impossibilité d'acquérir l'instruction technique professionnelle ; *c*) par leurs réactions : grossièreté, inconvenance des paroles, refus d'obéissance, absences illégales ou désertions à l'intérieur comme à l'étranger.

5º La majeure partie des débiles se rencontre *dans le service armé*, car il n'y a pas de parallélisme obligé entre la débilité mentale et l'insuffisance physique. Les *engagés volontaires* comptent *trois fois plus de débiles mentaux* que les appelés. Les motifs de leur engagement sont le plus souvent : *a*) leur *incapacité* sociale et leur instabilité qui ne leur ont pas permis d'exercer convenablement une profession susceptible d'assurer leur vie matérielle ; *b*) les suggestions d'autrui, ou passionnelles dans quelques cas. Les *raisons plausibles*, telles que le goût de la carrière militaire, ou le désir de se ménager un emploi de l'État pour l'avenir, sont beaucoup plus rares.

Les débiles mentaux s'engagent volontiers *dans la cavalerie* et signent ordinairement d'emblée des *engagements de longue durée.* La délinquance militaire est proportionnellement plus fréquente chez les engagés que chez les appelés ; dans la cavalerie que dans l'infanterie, en raison des exigences plus compliquées du service et de la phobie du cheval.

6° Les débiles mentaux sont généralement *des illettrés*, ou bien ils possèdent une *instruction rudimentaire*, bien qu'ils aient fréquenté l'école pendant plusieurs années. Ce sont les insuffisants pédagogiques qui fournissent également la majorité des débiles délinquants : les troubles des sentiments affectifs ou de la sensibilité morale vont souvent de pair avec l'amoindrissement psychique.

7° En ce qui concerne la *capacité sociale* envisagée dans ses rapports avec *la profession antérieure*, il est à remarquer que la culture banale de la terre et les professions manuelles simples revendiquent les deux tiers des débiles ; viennent ensuite les emplois commerciaux élémentaires. Dans un tiers des cas environ, on relève la mention d'instabilité, ou l'essai infructueux de professions variées.

8° Au point de vue de l'affectivité, du caractère, des goûts, des tendances et des instincts, on rencontre chez les débiles : l'inertie physique et intellectuelle, la tendance au confinement, à l'isolement, au mutisme, le faible développement des instincts génitaux ; quelques-uns ont pour leur pays et leurs proches un attachement tel que l'éloignement les conduit à la dépression nostalgique, aux idées de suicide ou aux fugues. Un certain nombre, privés de bonne heure de l'éducation familiale, contractent des habitudes alcooliques précoces. Ils sont alors sournois, violents, brutaux, leur langage est grossier, ordurier même. Ils fournissent la majeure partie des délinquants.

Les enquêtes de notoriété affirment nettement, en général, l'insuffisance intellectuelle de ces sujets, leur incapacité professionnelle. Elles font également connaître, à l'occasion, la délinquance civile antérieure de ces débiles : il s'agit le plus souvent de vols alimentaires ou de coups et blessures, parfois suivis d'acquittement pour défaut de discernement.

9° *L'incapacité professionnelle militaire* s'affirme par la négligence, la malpropreté de la tenue, la maladresse, la gaucherie des mouvements, la lenteur des actes psychiques, la faiblesse de la mémoire, l'impossibilité d'acquérir l'instruction et l'éducation militaires ; la phobie des gradés, des chevaux, des camarades ; la terreur des brimades. Il en résulte souvent un état de dépression avec

idées de suicide, tendance à l'isolement ou aux fugues. Parfois se font jour des réactions violentes, passagères et insolites.

C'est ainsi que, par des troubles de l'affectivité ou de la sensibilité morale, certains débiles mentaux aboutissent à la délinquance militaire. Elle se présente alors sous *trois formes principales*, stéréotypées en quelque sorte : refus d'obéissance muets, ou accompagnés de propos insolents, grossiers ou orduriers ; absences illégales plus ou moins prolongées ; désertions à l'intérieur ou à l'étranger. La futilité des motifs, la pauvreté des moyens d'exécution, l'insouciance des conséquences disciplinaires ou pénales caractérisent le plus souvent les actes délinquants.

10° *L'examen de l'état somatique des débiles mentaux* a une très grande importance. Il amène, le plus souvent à constater l'existence de *stigmates physiques de dégénérescence*, les uns *anatomiques*, les autres *fonctionnels*, qui peuvent d'emblée aiguiller l'expert vers la recherche des stigmates psychiques. Ces stigmates sont généralement multiples chez un même sujet et lui donnent une physionomie et une allure caractéristiques.

Quand la *débilité est acquise*, consécutive à une atteinte plus ou moins grave du système nerveux résultant d'une maladie infectieuse ou d'une intoxication antérieures, l'examen somatique permet souvent de déceler des troubles fonctionnels persistants qui traduisent l'action de la toxine ou du toxique sur les neurones centraux ou les nerfs périphériques.

Au point de vue nosologique, ces états d'*affaiblissement psychique* se rapprochent davantage des états démentiels proprement dits que de la débilité, mais dans la pratique leur physionomie clinique rappelle de très près la débilité mentale congénitale.

La débilité mentale n'est pas fatalement liée à la dégénérescence physique. On la rencontre cependant associée à une faiblesse générale de la constitution, telle que le sujet a été antérieurement ajourné ou versé dans le service auxiliaire pour arrêt relatif de développement. Parfois, au contraire, la débilité mentale coexiste avec un développement général assez marqué pour que l'expert militaire ait quelque hésitation à rejeter un organisme physique dont le rendement pourrait être si avantageux, si le moteur psychique arrivait à l'actionner d'une façon normale.

11° La recherche des causes de l'insuffisance psychique met en évidence la *complexité de son étiologie*.

L'*hérédité* intervient par *trois facteurs* principaux : l'*alcoolisme*, l'*épilepsie*, les *psychoses des ascendants;* mais l'amoindrissement psychique peut ne pas être congénital, et résulter des *infections*

antérieures du sujet, encéphalites ou méningites, et alors nous voyons apparaître en première ligne les formes dites nerveuses de la fièvre typhoïde et la méningo-encéphalite infantile en général, sans que l'enquête puisse établir quel a été l'agent spécifique du processus inflammatoire dont on retrouve la manifestation dans l'histoire pathologique du sujet sous le nom de fièvre cérébrale ou de méningite. Pour être logique avec les tendances actuelles qui rattachent l'épilepsie aux inflammations cérébro-méningées antérieures, il faut encore rattacher aux lésions des centres nerveux les cas de débilité observés chez des *épileptiques latents*, *ou méconnus*, en raison de leurs manifestations larvées. Les épileptiques sont enfin le plus souvent les derniers-nés de familles nombreuses, dont le générateur est profondément intoxiqué par l'alcoolisme.

C'est encore l'alcoolisme précoce que nous trouvons comme facteur surajouté d'affaiblissement psychique chez un certain nombre de sujets.

Quant à *la syphilis* des ascendants, elle n'a pu être soupçonnée qu'une seule fois, le père étant atteint d'une myélite chronique dont la description rappellerait le syndrome spastique d'Erb.

On voit parfois *plusieurs causes intervenir successivement* chez le même sujet : la fièvre typhoïde peut évidemment survenir, d'une façon fortuite, chez n'importe quel débile pour augmenter la tare congénitale ; mais l'alcoolisme précoce a paru l'apanage de l'enfance abandonnée et alors le défaut d'éducation morale vient compliquer le déficit psychique dû à l'hérédité et à l'intoxication.

L'alcoolisme, d'où qu'il provienne, est, enfin, le grand facteur de délinquance parce qu'il produit une irritabilité morbide spéciale du système nerveux qui engendre les violences et les impulsions.

12° Les indications qui ressortent de l'observation des débiles mentaux en ce qui concerne le service militaire, paraissent devoir être les suivantes :

Il semble bien que le plus grand nombre soit à éliminer sans hésitation aussi bien du service armé que du service auxiliaire, soit en raison du degré trop accusé de l'amoindrissement psychique, soit en raison des troubles émotifs surajoutés qui compliquent l'insuffisance des facultés intellectuelles élémentaires et conduisent infailliblement cette variété de débiles à la délinquance militaire. Nous visons ici tout spécialement les descendants d'alcooliques et encore les sujets que l'alcoolisme a envahis de bonne heure en raison de leur débilité native ou du défaut d'éducation qui résulte de la mort prématurée des parents. Les épileptiques ne sauraient davantage être maintenus sous les drapeaux. On peut être conduit à faire pour certains

débiles *un essai prudent du service*, mais après une expertise psychiatrique soigneuse, et sous la surveillance du commandement et du médecin du corps en raison de la responsabilité généralement très limitée de pareils sujets. Il est néanmoins possible de conserver au corps certains débiles dociles, ruraux illettrés, timides et craintifs, mais dépourvus de réactions et d'instincts pervers. Encore conviendra-t-il de les protéger, d'une part *contre les brimades* intempestives qui peuvent créer chez eux des états dépressifs avec tendance aux fugues ou au suicide, et d'autre part *contre l'alcoolisme* qui ne tarderait pas à susciter chez eux des réactions violentes ou impulsives.

Quand il s'agit de débiles dociles nostalgiques, il suffit souvent d'un changement de corps qui les rapproche de leur pays et de leur famille pour voir disparaître leur dépression, ou cesser leurs absences illégales.

Pour être prudent, et pour mériter le titre de régulateur des effectifs qu'on a donné à juste raison au médecin militaire, ce dernier doit recourir, en définitive, pour chaque cas suspect et d'une façon précoce à l'expertise psychiatrique qui, réunissant tous les éléments d'information, trouvera la solution appropriée, soit après la visite d'incorporation, soit après un essai loyal du service militaire plus ou moins prolongé, mais toujours médicalement surveillé.

Il convient en effet, avant d'exonérer ou non un citoyen quelconque, du service militaire, de bien considérer : 1° que le séjour sous les drapeaux représente un des plus lourds impôts exigés par la société moderne : impôt du temps pour les périodes de paix, impôt du sang quand surgit la guerre ; 2° que l'État n'a aucun avantage à conserver au service du pays des non-valeurs physiques ou psychiques, source d'inutiles dépenses, et fréquemment aussi très grave écueil pour la discipline qui, aujourd'hui comme par le passé, fait la force principale des armées.

Les « Apaches dans l'Armée » et leur traitement

Par le médecin-major de 1re *classe* Haury.

Il se fait en ce moment dans l'opinion publique un mouvement remarquable d'idées pour la réussite d'une œuvre de *prophylaxie*

morale dont l'armée et la discipline ne peuvent retirer que le plus grand bien.

Il y a une question des *apaches dans l'armée* que tout le monde connaît. C'est celle des individus condamnés avant de venir au régiment et qui y font quand même leur service dans les rangs de tous, parce que le taux de leurs condamnations est inférieur à celui exigé par la loi pour l'incorporation aux bataillons d'Afrique.

C'est un simple petit chapitre de la grande question des *anormaux dans l'armée*, question que nous venons de présenter en son entier dans un livre qui va paraître prochainement (1). Ceux qu'on appelle des « apaches » sont en effet tout simplement des *anormaux* qui ont fait leurs preuves avant de venir au régiment.

Ce problème des « apaches dans l'armée » est en ce moment posé par tout le monde à la fois, ce qui est bien le meilleur indice de l'urgence de sa solution. Des quotidiens l'exposent ; des sociétés diverses prennent des résolutions demandant au ministre de la guerre d'intervenir pour rejeter de l'armée tous ces condamnés de droit commun « qui font subir à nos enfants dans les rangs de nos régiments leur contact déshonorant et pervers » ; des députés se proposent d'interpeller, ou interpellent, sur le même sujet. Et voici qu'aujourd'hui les journaux nous annoncent que la Chambre a été saisie d'un projet de loi, projet qui, préparé par le cabinet précédent, débarrassera nos régiments des « apaches » qui y sont incorporés, et cela par une simple modification apportée aux articles 4 et 5 de la loi sur le recrutement de l'armée. Cette loi vient d'être promulguée le 30 mars dernier.

La loi nouvelle abaisse de 3 mois à un mois seulement le taux des peines pour délits d'outrages publics à la pudeur, vol, escroquerie, abus de confiance ou attentats aux mœurs qui entraînent l'envoi aux bataillons d'Afrique. Elle ajoute les délits nouveaux de coups et blessures, violences contre les enfants et rebellion, qui ont la même conséquence à la condition que les peines aient été de 6 mois au moins. Elle y envoie toujours tous les récidivistes, c'est-à-dire tous ceux qui ont été l'objet de deux ou plusieurs condamnations, quelle qu'en soit la durée, pour un ou plusieurs des délits susdits, mais elle y ajoute tous ceux qui ont subi de même deux ou plusieurs peines pour les autres délits nouveaux de filouterie d'aliments, de vagabondage (pourvu que, dans tous les cas, la durée totale des peines ait été de 3 mois au moins).

---

(1) *Les Anormaux et les malades mentaux au régiment*, un volume, chez Masson, libraire de l'Académie de médecine. Paris, 1913, avec une préface de M. le professeur Régis.

Une mesure s'imposait, en effet, vis-à-vis d'eux. Il faut les écarter des rangs et personne n'y contredira. Mais, dans les mesures à décréter contre eux, il y a peut-être une précaution à prendre qu'il ne faudrait pas oublier. Cette précaution, ce serait d'*éviter de les confondre tous sans examen* dans la même réprobation. Tous ces apaches, ou mieux, tous ces CONDAMNÉS ANTÉRIEUREMENT, sont-ils semblables et doivent-ils être tous et au même titre des réprouvés qu'on chasse sans qu'on ait le devoir de s'inquiéter de ce qu'ils vont devenir? Le salut des autres, de notre jeunesse saine et honnête, importe plus que le leur propre, nous dira-t-on! Sans aucun doute, ce qui est sain est plus intéressant à sauver que ce qui est malade. Mais on peut sauver la jeunesse saine sans cesser pour cela d'apporter à un certain nombre d'individus le secours ou négliger de leur accorder l'intérêt qu'ils méritent malgré tout, surtout quand l'œuvre à entreprendre vis-à-vis d'eux n'est pas à leur seul bénéfice, mais bien au contraire à celui de la société tout entière.

Et n'est-ce pas le devoir du médecin, du médecin militaire, de venir dire au législateur : « Dans votre mesure d'exclusion, prenez soin, vous qui avez souci de la société elle-même, — et non pas seulement de celle d'aujourd'hui, mais aussi de celle de demain, d'après-demain, dans deux ans, — prenez garde de faire tout ce qui est en votre pouvoir pour éviter de vous préparer une moisson de mal, si l'on peut dire, en cultivant de mauvaises plantes en serre chaude. Prenez bien garde à ne pas aggraver le mal social, déjà si grand, en fournissant à certains de ses auteurs l'occasion trop favorable pour eux de se cultiver d'eux-mêmes d'une manière toute particulière. »

Que va-t-il arriver, en effet? On a pris une mesure générale qui enlèvera des régiments tous les condamnés antérieurement pour les mettre aux bataillons d'Afrique. *On va courir le danger de réunir des éléments bien disparates si ne sont pas prises les précautions nécessaires et même indispensables.*

Admettons un instant que tous soient des tarés ; ils ne le seront pas tous également. Or, tous nos camarades de l'armée qui ont la pratique des bataillons d'Afrique, comme aussi des pénitenciers, ou ateliers de travaux publics ou simplement des prisons militaires, où ces mêmes tarés se retrouvent en nombre important, savent et ont tous dit hautement le danger de faire vivre dans une trop alarmante promiscuité des hommes tarés à des degrés divers. Tous savent, où que cela se présente, en combien peu de temps, les quelques malheureux qui ont encore quelques sentiments

élevés ou tout simplement normaux se dégradent vite — où que ce soit — au contact des meneurs, des fortes têtes, et cela aussi bien par imitation, par faiblesse, que plus malheureusement par crainte. Tous ont dit longuement ailleurs (voir la discussion à la Société de médecine militaire française 1910-11) quelle école de vice et de perversité étaient ces groupements — disciplinaires ou non — faits d'éléments si disparates et tous, même ceux qui avaient l'espoir le plus tenace de les voir être une école de moralisation, ont raconté leur désenchantement à ce sujet pour cette raison même du défaut de catégorisation.

Si l'on peut déplorer de voir ensemble des détenus militaires de moralité différente, combien aurait-on le droit de redouter encore bien davantage qu'on mette tout simplement en commun des hommes qui ne sont plus même des délinquants. La société, qui leur demande compte de leurs actes passés, n'a-t-elle pas le devoir de faire quelque chose de plus pour eux?

On va les exclure de l'armée métropolitaine, mais dans quelles conditions? On va évidemment faire entre eux, sinon une sorte de sélection, du moins un classement. Et c'est là que se pose à notre avis une question grave. *Sur quelles bases va-t-on faire ce classement*?

Disons-le de suite nettement : *il vaudrait mieux que ce ne soit pas uniquement sur le chiffre de leurs mois de prison*, comme on l'a fait jusqu'à ce jour pour d'autres, *ni même seulement d'après la nature de leurs délits, ce qui serait loin d'être toujours suffisant.*

Il nous semble qu'il y aurait mieux à faire, si l'on voulait éviter de faire une œuvre tout à fait contraire à celle qu'avait voulu l'idée philanthropique du sauvetage de ces individus en les incorporant dans les rangs de tous pour essayer leur relèvement. Pourquoi ne pas désirer que ne se renouvelle pas vis-à-vis d'eux, une fois de plus, ce qu'on a dit de l'histoire de France, qu'elle n'était faite que d'une série d'actions et de réactions, et ne pas craindre qu'après s'être peut-être trop intéressé à ces déchus, on les délaisse complètement comme des parias? Ils ne méritaient sûrement pas une sollicitude aussi attendrie que celle qu'on leur accordait récemment, mais certains d'entre eux sont quand même dignes d'une certaine justice qui, loin d'aller à l'encontre de l'intérêt bien compris de la société, s'y ajoute tout au contraire en vue d'un résultat d'utilisation et d'amélioration qui pourrait être très acceptable et très réel. Pourquoi ne pas profiter de la mesure de ce rejet pour essayer de sauver ce qui peut être sauvé? Pourquoi ne pas procéder à un examen général, sorte de grande application du *Dépistage*

des anormaux psychiques que nous avons préconisé ailleurs pour l'armée? (Voir Archives d'anthropologie criminelle et de médecine légale, juin-juillet 1910, et aussi au Congrès de Bruxelles, août 1911.)

Car le problème, pour être résolu, demande qu'on ne s'appuie pas sur autre chose que sur une étude positive de la réalité, de leur réalité à eux. Car ici, c'est une réalité humaine qu'il importe d'étudier *scientifiquement et non plus au nom d'une idée philosophique ou philanthropique quelconque.* Que sont donc, en réalité, médicalement, ces individus qui viennent au régiment ayant déjà été condamnés?

Il y a d'abord ceux qui l'ont été par surprise et qui méritent toute notre bienveillance et tout notre pardon. Il en existe, s'ils sont peu nombreux. Ceux-là sont des individus normaux qui risquent bien plus que tous par conséquent de se corrompre, si au lieu de les laisser dans les rangs ordinaires on les met avec les autres.

Les autres, ce sont tous des individus que tout le monde s'accorde à reconnaître à tout le moins comme différents des autres, comme étant des « anormaux », car toute leur vie antérieure et leur conduite actuelle ne font que s'inscrire dans ce sens pour souligner cette vérité visible à tous. Ils ont des tares, chacun le sait. Mais on sait aussi que ces individus qui sont le rebut de la société, qui sont des citoyens de mauvaise qualité, ne sont *pour la plupart* pas autre chose médicalement que les déchets de la fabrication humaine, car on a trop eu l'occasion de s'apercevoir de ce qu'il y avait de profondément, de médicalement et organiquement anormal dans leur manière d'être. Et c'est pour cela qu'il serait à espérer que la loi qui doit les régir tienne compte de cette qualité anormale elle-même et de tous ses degrés pour leur être utile.

En effet, il importerait qu'on n'oubliât pas ceci : *Un très grand nombre de ces individus n'ont été et ne sont des délinquants que parce que ce sont médicalement des anormaux de l'esprit.* C'est une première vérité clinique indiscutable.

Un certain nombre de ces individus n'ont été des délinquants que parce que ce sont des malades de l'esprit, des malades mentaux. (Et cette seconde vérité clinique est tout aussi solidement établie par la science. L'exemple des aliénés méconnus et condamnés est de tous les jours pour le rappeler.)

On ne croit plus aujourd'hui que toutes les tares d'un individu soient le fait du vice accepté et cultivé à plaisir. Tout le monde, au contraire, médecins, magistrats et même officiers, s'accorde à reconnaître la part prépondérante de l'infirmité mentale originelle dans beaucoup de cas d'inconduite : car l'expérience du

lendemain justifie la pensée de la veille, et l'avenir réservé par la vie à ces malheureux légitime parfois outre mesure la crainte qu'on avait que leurs mauvaises actions ne fussent pas autre chose que la traduction d'une mauvaise organisation cérébrale qui les mènerait bientôt à l'asile. Et c'est ce qui leur arrive. Combien d'entre eux finissent par l'internement ! Et tous aujourd'hui, éducateurs et juges, savent bien la valeur de la faute en tant que réactif social de l'anomalie (comme aussi de la maladie mentale) et tous sont bien avertis du fait que la délinquance est très souvent la traduction d'une infirmité cérébrale, comme aussi parfois le seul indice de troubles psychiques qui avaient jusque-là passé inaperçus. Nous avons insisté ailleurs sur ces faits d'*indiscipline morbide*, qui avaient la maladie pour excuse et pour raison et nous avons montré les relations étroites qui peuvent exister parfois entre la délinquance et l'anomalie psychique et même l'aliénation mentale : c'est notamment une donnée couramment acceptée aujourd'hui *qu'il n'y a rien qui ressemble plus à un acte pervers qu'un acte morbide et à un coupable qu'un aliéné, et j'ajoute, qu'un aliéné méconnu.*

Parmi les condamnés, il y a donc certainement des malades, il y a bien plus encore des anormaux.

Or, ces anomalies de l'esprit, défectuosités constitutionnelles qui font de l'homme un être différent, une sorte d'infirme, sont loin d'être toutes semblables. Il y a entre elles des différences très grandes. Il y a surtout entre elles des degrés qu'il importe pratiquement de connaître parce qu'ils permettent de faire de suite des distinctions importantes surtout pour catégoriser de suite ces jeunes coupables.

Il y a parmi les anomalies des différences aussi tranchées parfois qu'entre deux genres de maladies quelconques les plus courantes. Il n'est pas indifférent de savoir à quelle affection on a affaire. Et ici, on peut arriver à savoir, en face d'un anormal donné, à quel danger on est exposé avec lui. Mais on sait aussi que parmi eux il y en a d'extrêmement dangereux, d'immédiatement dangereux, parce qu'ils sèment le mal tout autour d'eux trop aisément.

Il faut d'abord que tout le monde soit bien pénétré du fait clinique que les anomalies mentales sont des manières d'être originelles qui font de ces individus des *infirmes constitutionnels*. Les anormaux ont un cerveau irrémédiablement altéré d'une certaine façon qui le rend moins intelligent, quand l'altération a été globale, et inégalement intelligent, quand elle a été élective, qu'elle a porté sur certaines fonctions plutôt que sur d'autres, d'où les

deux types généraux de *débiles mentaux* et de *déséquilibrés*, tous bien connus. Tout le monde devrait savoir que *ces anormaux sont ainsi, chacun à sa manière, et ne peuvent pas être autrement.* Chacun d'eux agit et vit avec le cerveau qu'il a. Mais les débiles eux-mêmes peuvent présenter deux variétés : celle du *bon débile*, c'est-à-dire du débile qui a des qualités de docilité, de passivité, de suggestibilité, qui le font apprécier de tous, mais qui aussi le livrent pieds et poings liés à qui veut s'en servir, et celle du *mauvais débile*, du *débile pervers*, c'est-à-dire du débile dont l'insuffisance d'intelligence est la même, mais qui, au contraire de l'autre, est doué d'une activité maladroite et vicieuse qui fait de lui un être dangereux par lui-même, alors que l'autre n'aura pu le devenir que par l'entraînement de quelques-uns.

Les déséquilibrés, eux, ne pêchent pas par manque d'intelligence. Ils en ont même une réelle, mais elle est viciée dans son ensemble parce que le rapport entre les parties qui la composent est anormal, parce que leurs diverses facultés sont trop inégalement développées et que ce sont les meilleures qui leur manquent (jugement, esprit de suite, etc.). Ces anormaux-là sont bien connus. Mais s'il y a entre eux des variétés nombreuses, il ne faudrait pas oublier qu'il en découle la nécessité pratique des distinctions à faire parmi eux, et cela, d'après leurs dominantes sociales. Il y a d'abord les *instables*, que leur instabilité mentale, qui les empêche de fixer et de faire aboutir leurs efforts, pousse à devenir des trimardeurs, des errants, des vagabonds, ou simplement des ouvriers trop voyageurs. Il y a surtout les *impulsifs*, bien connus et qui deviennent vite violents, insulteurs, batailleurs, indisciplinés de tous les instants dans la vie de chaque jour, même quand ils ne sont pas en même temps alcooliques. Il y a, enfin, la classe la plus importante socialement parce que la plus dangereuse, celle *des amoraux et des inadaptables.* On connaît bien les premiers, mais on doit les connaître et les reconnaître au plus tôt, où qu'ils se présentent, parce que c'est d'eux qu'on a dit que « là où ils sont, ils annulent tout essai d'éducation parmi les hommes ». Leur anomalie présente tous les degrés jusqu'à la folie morale la plus caractérisée ; et comme c'est son degré de moralité qui classe un déséquilibré et qui distingue un déséquilibré d'un autre, et non pas son degré d'intelligence, il faut se servir de suite de cette vérité sociale pour séparer immédiatement les amoraux, à quelque degré que ce soit, de tous les autres anormaux.

Les inadaptables sont ces individus rejetés de partout par la vie parce qu'ils sont naturellement incapables de se soumettre à un milieu donné, que ce soit l'école, l'atelier, le régiment... et cela

parce qu'ils manquent originellement des qualités nécessaires à cette adaptation, à savoir un bon jugement, une bonne volonté, comme aussi de l'esprit de soumission et une compréhension suffisamment rapide des nécessités auxquelles se plier.

Il y a enfin une chose à retenir pour les déséquilibrés, c'est la manière de juger leur degré d'utilisation, sociale ou militaire ; on peut dire que c'est dans les deux données d'une intimidation encore suffisante et de réactions impulsives pas trop violentes que se trouve la mesure d'utilisation d'un déséquilibré. Il faut que son impulsivité ne soit pas extrême et que sa suggestibilité, c'est-à-dire son influençabilité par la crainte de la répression, soit suffisante pour qu'on puisse attendre quelque chose de lui.

Cela rappelé, bien rapidement, sur les anormaux, ne voit-on pas de suite quelles différences radicales il peut y avoir entre un bon débile qui a commis une faute par entraînement, par obéissance à un malandrin quelconque, et un débile pervers aussi bête que méchant, c'est le mot? Et ne voit-on pas quelle différence il y a entre eux et les déséquilibrés, comme aussi quelles distinctions sont à faire entre ces quatre grandes classes de déséquilibrés? (Un déséquilibré peut tenir de ces quatre classes à la fois, mais le plus souvent, il a une de ces évidentes prédominances mentales). Parmi les déséquilibrés, combien n'est pas différent un *instable* qui n'est qu'un paresseux, mais est encore souvent honnête et n'a que des condamnations pour délits de vagabondage ordinaire, — à la rigueur un petit vol fait pour se procurer à manger, — et un *impulsif* qui n'a que des condamnations pour des délits de violence (rébellion, outrages aux agents, bris de clôture, ivresse et batailles)? Un impulsif peut être un très honnête garçon et n'avoir d'autre vice qu'un goût un peu vif pour l'alcool. Mais quelle différence avec un amoral qui a tous les vices et a commis tous les délits, depuis celui de vagabondage spécial (souteneur) jusqu'au vol qualifié et même au meurtre, et aussi avec un *inadaptable*, rebut de la société contre laquelle il se dresse en révolté.

Or, dans le classement qu'on se propose évidemment de faire, entre les apaches, que va-t-il arriver si on ne juge que d'après leur casier judiciaire? ON RISQUE FORT DE RAPPROCHER DES INDIVIDUS QUI N'ONT RIEN DE COMMUN QUE LA FAUTE. Car la faute seule, et surtout la peine, leur donnent une ressemblance sociale qu'ils n'ont peut-être pas et qu'ils sont bien loin d'avoir pour la plupart.

On ne peut pas juger d'eux, de ce qu'ils sont vraiment, d'après le nombre de leurs mois de prison, ni même par le chiffre de leurs con-

damnations, ni même toujours par la nature des délits commis.

Un homme qui a plusieurs condamnations peut être tenu *a priori* pour plus dangereux socialement que celui qui n'en a qu'une. C'est bien certain, mais *a priori* seulement ; car cela veut dire qu'il s'est mis plusieurs fois dans les conditions de la faute ou qu'il y a succombé. Cela ne nous dit pas pour quelles raisons intérieures, normales, anormales ou complètement pathologiques, il y a succombé. Puis, un homme profondément dangereux peut n'avoir qu'une condamnation et des plus légères, en raison même de son habileté à échapper à l'étreinte de la justice. En est-il moins dangereux pour cela pour la collectivité qui va le recevoir? Il y a dans les régiments des déséquilibrés complètement amoraux qui n'ont aucune condamnation parce que leurs conditions de fortune ou de famille, ou simplement les circonstances, leur ont évité cet accroc.

Nous finissions un article sur « les apaches dans l'armée italienne » (voir le *Caducée* du 3 décembre 1910) en déplorant que le décret qui a déterminé les conditions d'envoi aux bataillons d'Afrique des « apaches », c'est-à-dire des condamnés antérieurement, se soit justement appuyé uniquement sur le taux de la condamnation antérieure. Or, l'auteur italien Funaioli, dont nous venions d'analyser le travail, avait trouvé, en étudiant deux cents soldats de cet ordre, que seuls ceux d'entre eux qui n'avaient eu qu'une seule condamnation ou qui l'avaient eue très tard dans leur vie étaient devenus de bons soldats, tandis que les autres, récidivistes et condamnés précoces, s'étaient enfoncés de plus en plus dans le mal. Il ne faut pas oublier, en effet, cette distinction qui existe entre les *délinquants habituels*, récidivistes précoces qui ont commencé de bonne heure le mal, et ont de nombreuses condamnations, et les *délinquants accidentels*, occasionnels. Il ne faut pas confondre ici les récidivistes avec les pauvres diables qu'une seule faute a pu surprendre et qui ne demandent qu'à la racheter. Nous continuions aussi cet article en disant : « Ne devrions-nous pas nous inspirer de cette donnée de la *primitivité de la faute?* En tous cas, tenir compte uniquement de la durée de la peine, est-ce suffisant? Et cela, alors même qu'elle correspondrait toujours à la gravité du délit. Pour toutes ces raisons, ne semble-t-il pas qu'il faudrait peut-être faire plutôt la sélection sur les bases plus solides de *l'étude psychiatrique du délinquant lui-même et non pas sur le résultat pénal d'une faute dont tout peut être très divers, depuis les mobiles psycho-pathologiques jusqu'à l'interprétation des juges et au jugement lui-même?* »

Nous continuons à penser pareillement pour le classement à faire de tous les condamnés antérieurement qui se trouvent encore dans les régiments ou qui doivent y venir.

Nous croyons inutile de développer les points visés ci-dessus. Mais ne sait-on pas qu'un même délit, puni d'une même peine, peut avoir pour auteurs des individus très différents ; que, d'autre part, ce délit peut être interprété très différemment aux quatre coins de la France, puisque certains tribunaux trop encombrés ne peuvent, malgré la meilleure bonne volonté, que juger le « fait » objectivement (et parfois bien rapidement, comme cela arrive aux «fournées» de certaines correctionnelles), sans s'inquiéter en aucune façon, faute de temps, du « sujet »? Tout le monde sait cela. Aussi comprend-on qu'il puisse n'y avoir aucune correspondance entre le barême pénal et l'échelle de moralité, de valeur sociale et morale, des différents délinquants.

Donc, quand on cherche à classer les individus, non pas seulement sur la nature de la faute commise, mais sur la durée de la peine prononcée, on ne juge que sur des résultats par trop incomparables, car *on juge ainsi les individus non pas même sur leurs actes, mais sur les jugements de leurs actes.* Or, quoi de plus dissemblable?

Et c'est ce qu'on a fait jusqu'à ce jour pour les corps d'épreuve où, en réalité, la répartition de ces anormaux est, médicalement parlant, assez mal comprise, puisque, comme le dit Hesnard, « elle réunit pêle-mêle et au hasard des mesures purement administratives, psychopathes, vicieux, délictueux d'occasion, condamnés militaires et de droit commun, professionnels du crime, apaches... » (*Archives de médecine navale*, septembre 1910.)

Il serait préférable que la société rendît pour ainsi dire à chacun la justice qui lui est due en donnant à chacun selon sa nature mentale.

Et ce qu'il importerait de faire à notre avis pour que l'œuvre de séparation que l'on va entreprendre soit utile et rationnelle dans toutes ses conséquences, ce serait de : 1° *faire un triage parmi les condamnés antérieurement pour distinguer les normaux des anormaux;* 2° *dépister les aliénés;* 3° *faire des classements rationnels d'anormaux.*

A notre avis, IL N'Y A QUE L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE QUI SOIT CAPABLE DE PERMETTRE DE SPÉCIFIER LES DIFFÉRENCES QUI EXISTENT PARMI LES CANDIDATS A UN CORPS SPÉCIAL QUELCONQUE. Et voici comment pratiquement pourrait être établie cette sélection.

On pourrait réunir en un centre d'examen tous les individus. Là on les diviserait immédiatement, et avant tout autre examen, en

catégories d'après le nombre de leurs fautes, la durée de leurs peines par exemple. On les diviserait d'abord en *récidivistes* et en *non-récidivistes*. Puis, parmi les premiers, on distinguerait les *précoces* et les *non-précoces*, et parmi les autres les *délinquants accidentels à courte et à longue peine*. Ce premier triage temporaire permettrait seulement d'éviter, autant que possible, une mise en commun qui risquerait pour certains d'être très fâcheuse.

Alors viendrait l'examen psychiatrique qui déferait ou referait les classifications et jugerait vraiment de l'aptitude mentale des différents individus.

En peu de temps, mais dans un temps évidemment variable selon le nombre total des individus à examiner, les plus ou moins grandes facilités d'examen, comme aussi le nombre des experts, on aurait une base d'appréciation de la valeur totale de ce genre de recrues.

Pour préciser, Marseille, qui déjà est le lieu de passage des légionnaires et des joyeux, pourrait, si l'on se décidait à la création de cet examen psychiatrique, être un des centres les plus importants, sinon le seul, puisqu'il est à la porte de l'Algérie. On pourrait même y établir une sorte de *compagnie d'essai* (Jude) où, pendant quelques mois, juste le temps nécessaire à une suffisante observation, ceux qui seraient douteux encore, dans un sens ou dans l'autre, pourraient être surveillés et étudiés.

La réunion en un seul point peut offrir des difficultés matérielles. Elle a cependant l'immense avantage de diminuer le nombre des experts, d'une part, et, d'autre part, de permettre la comparaison entre les différents éléments.

De toute façon, l'expert aura à établir *la fiche mentale* de chaque homme.

Au fur et à mesure de l'examen mental, on enverra à l'hôpital pour être mis en observation les suspects d'aliénation mentale.

On mettra de côté les normaux.

On classera ensuite les anormaux.

On mettra ensemble tous *les débiles* dont l'insuffisance intellectuelle est pour ainsi dire simple, bien que de tous les degrés. C'est cela qui diminuera le nombre des « mauvais traitements » et aussi, dans une certaine mesure, la pédérastie (en tout cas celle qui est subie de force ou par terreur).

On mettra à part les *débiles pervers.*

On fera un triage soigneux parmi les déséquilibrés, mettant de côté d'abord les *amoraux*, et ceux qui se seront montrés à un degré marqué comme étant des *inadaptables*, êtres anti-sociaux bien connus.

On divisera les autres en : *déséquilibrés simples* (dont les instables), en *déséquilibrés impulsifs*, avec les deux classes de *déséquilibrés légèrement ou fortement impulsifs.*

Une fois cet examen mental terminé, des propositions pourraient être faites dans le sens suivant :

Les *aliénés* seront réformés.

Les *normaux* formeraient une classe à part, étant donné que s'ils ont des vices, ils ont aussi une intelligence saine qui exige une instruction et une discipline militaires différentes des autres, une instruction en tout analogue à celle des régiments, aussi intense, et une discipline plus énergique.

Les *débiles simples* et les *débiles pervers* formeraient deux groupes distincts, le premier armé, le deuxième pas.

Les *déséquilibrés simples* seront assez nombreux pour former une classe compacte, armée.

Les *déséquilibrés impulsifs* formeraient un groupe à deux compartiments, le premier seul serait armé.

Les autres : *déséquilibrés fortement impulsifs*, *amoraux*, *inadaptables*, ne le seraient pas.

En résumé, les anormaux seraient divisés en :

Anormaux à tares légères (armés)	*débiles simples.* *déséquilibrés simples.* *déséquilibrés légèrement impulsifs.*
Anormaux à tares accentuées (non armés)	*débiles pervers.* *déséquilibrés fortement impulsifs.* *amoraux.* *inadaptables.*

(Ajoutons qu'il est bien évident que ce classement définitif ne sera pas irrévocable et qu'il sera au contraire toujours révisible ; comme il est bien entendu aussi que beaucoup d'entre ces sujets devront pour ainsi dire être *pris en observation sur place dans le rang.* Et cela est surtout vrai pour certaines éliminations qui seront à faire plus tard, quand on sera sûr que les craintes qu'on avait déjà sur le peu de valeur de tel ou tel se sont justifiées véritablement par l'expérience, bien conduite et bien surveillée, d'un temps suffisant d'épreuve, comme aussi pour celles que la conduite du groupe lui-même pourrait rendre nécessaires par la suite.)

On pourrait reprendre les anciennes propositions de Jude et faire de ceux qui ne seraient pas armés des travailleurs, pas de simples agriculteurs, mais des défricheurs, comme le veut Rebierre, qui seraient militaires, et qu'on emploierait pour la pénétration des pays neufs (Algérie, Tunisie, Maroc).

***

— Il n'y a donc rien ici qui aille à l'encontre de l'idée de l'épuration de l'armée, quelque mesure générale qu'on juge utile contre les condamnés antérieurement. Ce qu'on propose, c'est uniquement une *méthode scientifique d'examen et de classement* (1) dans le but de diviser ces tarés sociaux d'après leur vraie valeur mentale et morale, d'éviter par cette catégorisation une contagion des moins tarés par les plus déchus, contagion qui, de l'avis de tous ceux qui en ont l'expérience, est inévitable sans cela, non pas seulement à leur détriment propre, mais aussi à celui de la société future où ils retourneront après leur passage à l'armée.

Les avantages de cette solution seraient multiples, tant pour la société que pour eux-mêmes, puisqu'on pourrait être sûr pour les moins tarés que non seulement ils ne deviendraient pas plus mauvais, mais que, bien au contraire, ils s'amélioreraient. Quant aux autres, ils se régénéreraient sans doute pour un certain nombre par le travail obligatoire ; on s'efforcerait en tous cas de leur appliquer la discipline qui leur conviendrait, en n'exigeant d'eux que ce que chaque catégorie est capable de donner et de la façon qu'elle le peut. On pourrait alors espérer que cette surveillance médicale, psychiatrique, cette assistance morale, leur étant continuées, là-bas, jour après jour, comme une sorte de traitement psycho-thérapeutique, par des médecins, des officiers et des gradés avertis de ces choses, tous en retireraient un bénéfice d'amélioration individuelle considérable, dont la société ne ressentirait par la suite que les bons effets quand, leur service fini, ils reviendraient au milieu d'elle.

C'est à notre sens la seule façon d'épurer l'armée tout en s'efforçant d'améliorer les individus, ce qu'on ne doit pas oublier d'essayer, si l'on veut envisager le problème à résoudre dans toute sa réalité. Il semble qu'il y a dans l'application de cette méthode scientifique d'examen et de traitement l'objet d'une œuvre utile et rationnelle de justice et d'assistance qui pourrait être en même temps pour le bien de tous une entreprise irréprochable de prophylaxie sociale.

---

(1) Ce classement devrait être fait pareillement et au même titre dans les sections d'amendement, ex-compagnies de discipline, et dont l'organisation intérieure appelle la même critique.

Aperçu succinct de la Morphologie des Aliénés

Par MM. les docteurs A. Marie
de Villejuif, Médecin en chef des Asiles de la Seine

et Léon Mac-Auliffe
Maître de Conférences à l'École des Hautes-Études.

C'est toujours une surprise pour le morphologiste débutant de voir quelles difficultés on éprouve à classer les aliénés suivant les quatre types devenus classiques :

Type respiratoire ;
Type digestif ;
Type musculaire ;
Type cérébral.

Certains malades présentent par exemple une combinaison du type cérébral et du type musculaire : une extrémité céphalique de dimensions considérables surmonte un corps petit ; à première vue, la face étant réduite, la prédominance cranienne étant indiscutable, le type frontal du crâne étant très apparent, le diagnostic morphologique ne paraît pas douteux. Or, si l'on fait déshabiller l'aliéné (un paralytique général), on voit que le corps petit est fortement musclé et l'on hésite à ranger cet individu à tête gigantesque parmi les cérébraux purs. On en fait un cérébro-musculaire.

Une analyse plus approfondie montre une asymétrie faciale très notable : les deux yeux ne sont pas sur le même plan.

Dans un deuxième cas, un imbécile peut être du type digestif. C'est un obèse de 145 kilogrammes à ventre énorme « en tablier », à mandibules larges et recouvertes de graisse, à triple ou quadruple menton. Mais voici que les mensurations montrent que les membres sont longs comme chez certains musculaires et d'autre part les dimensions craniennes dépassent la normale de près d'un centimètre. Et voilà le débutant bien embarrassé.

Enfin un troisième type, dément précoce, est respiratoire quant au tronc ; les proportions de la cage thoracique sont telles que le rebord costal atteint les crêtes iliaques, le ventre est réduit ; mais au niveau de la face, rien de caractéristique : le nez est bien saillant et en « bec d'aigle », mais le front et les mâchoires sont sur le même plan, de hauteur et de largeur égales.

Très rarement les aliénés sont bien typés. Pourquoi?

C'est que les types humains décrits par Sigaud et son école sont

des types *bien adaptés*. L'individu à prédominance thoracique, musculaire, cranienne ou digestive est un individu auquel l'hérédité a fourni une véritable supériorité biologique par cela même qu'il est susceptible de s'adapter à n'importe quel milieu, si l'on tient compte de sa prépondérance : un musculaire, même de vie sédentaire, pourra suppléer à l'insuffisance des stimulants physiques par une vie sportive de quelques heures tous les jours, etc. Un individu bien typé supporte l'excès et l'insuffisance des stimulants cosmiques.

Rien de pareil chez nos malades :

Les uns, sous l'influence d'un milieu cosmique raréfié, ont une tendance héréditaire à une dilatation progressive dès que les conditions du milieu deviennent mauvaises, insuffisantes ou exagérées (création d'un type rond dilaté. Voir la figure de la thèse de Kéribel, Bordeaux, 1911. De l'importance de la morphologie clinique).

Les autres, sous l'influence d'un milieu cosmique trop dense, ont une tendance héréditaire à une rétraction progressive (type plat).

Enfin une troisième catégorie d'aliénés se recrutent parmi les *irréguliers morphologiques* (mélange de type rond et de type plat). Ces irréguliers sont les asymétriques suivant l'axe du corps ou suivant une région : têtes énormes, mains énormes, etc.

La morphologie, en résumé, enseigne que le milieu aliéné est essentiellement de formation défectueuse. C'est ce qu'ont établi du reste nos communications sur ce sujet à la Société d'anthropologie et à l'Institut en 1910 et 1911.

Le Syndrome Atavisme ou Zoanthropoïdisme mental

Par M. le docteur Paul Courbon
de l'Asile d'aliénés d'Amiens.

La personnalité d'un individu peut être définie : l'ensemble des caractères psychiques et physiques qui lui sont propres, qui n'appartiennent qu'à lui, qui le distinguent de tous les autres êtres. Mais, à côté des caractères personnels, tout individu présente des caractères qui lui sont communs avec tous les autres individus de la même espèce, du même sexe, du même âge. La réunion de tous ces caractères communs constitue la personnalité collective. Les

diverses formes que celle-ci affecte sont : 1° la personnalité contemporaine, réunion de tous les caractères communs aux individus du même âge et divisible elle-même en personnalité infantile, personnalité adolescente, personnalité adulte, personnalité sénile ; 2° la personnalité sexuelle, réunion des caractères communs à tous les individus du même sexe, divisible en personnalité masculine et personnalité féminine ; 3° la personnalité spécifique, réunion de tous les caractères communs à tous les individus de la même espèce, divisible en personnalité humaine et personnalité animale.

Normalement, les réactions personnelles de l'individu doivent être en conformité avec les réactions communes à tous les êtres de la collectivité dont il fait partie. En d'autres termes il doit y avoir concordance entre la personnalité individuelle et la personnalité collective.

La discordance entre la personnalité individuelle et la personnalité contemporaine donne lieu au puérilisme mental et à l'ecmnésie. La discordance entre la personnalité individuelle et la personnalité sexuelle donne lieu à l'uranisme. La discordance entre la personnalité individuelle et la personnalité spécifique donne lieu à l'atavisme ou zooanthropoïdisme mental : *syndrome constitué par la présence chez un être humain d'une personnalité animale, c'est-à-dire de goûts, de mœurs, d'aptitudes, d'attitudes, d'une mimique et de mouvements, propres à l'animal, et non à l'homme.*

Des synergies fonctionnelles, différentes de ce qu'elles sont chez l'homme, mettent en jeu les organes du malade. Ses mains servent à la locomotion et non à la préhension ou à la défense. Celles-ci s'exécutent à l'aide des mâchoires (le malade ramasse avec la bouche et se défend à coups de dents). La langue devient un appareil préhenseur des liquides. Le larynx n'émet plus de sons articulés, mais, suivant les cas, un aboiement, un miaulement, un rugissement, etc. Au lieu de marcher sur les deux jambes ou de se tenir assis, le malade progresse à quatre pattes, rampe, saute ou reste accroupi. Son affectivité se manifeste par le flairement et le lèchement ou au contraire par le grognement, des coups de griffes et des morsures. Il dévore la nourriture et avale les boissons en plongeant la bouche dans les récipients, sans faire usage des ustensiles habituels. La mastication s'exécute par l'action précipitée des incisives comme chez les rongeurs, par un broiement continuel comme chez les ruminants, par l'action des canines comme chez les carnivores, etc.

Ce syndrome peut être congénital ou acquis, suivant qu'il résulte d'un trouble portant sur l'un des deux facteurs constitutifs de la

personnalité : le patrimoine héréditaire et l'éducation. Dans le premier cas il est d'ordre évolutif, dans le second d'ordre involutif.

I. — Atavisme mental congénital

Normalement tous les nouveau-nés d'une même espèce viennent au monde avec des tendances et des aptitudes de même nature, sinon de même degré. Ces tendances et ces aptitudes résultent des acquisitions amassées par toute la lignée des générateurs et constituent le patrimoine héréditaire. Tous les hommes naissent avec des tendances de même nature et de semblables coordinations motrices pour les exprimer ; en d'autres termes ils naissent avec la possibilité de traduire par les mêmes gestes leurs états affectifs.

Mais il est des cas où il n'en est pas ainsi. Par suite d'une mystérieuse déperdition survenue au moment de l'engendrement, ou pendant la gestation, le patrimoine héréditaire qu'avait reçu lui-même le couple procréateur et qu'il aurait dû enrichir de ses propres acquisitions avant de le transmettre à son tour, se trouve réduit. Cette réduction plus ou moins étendue le diminue des apports dont l'avait grossi une série plus ou moins longue des derniers ancêtres. Le rejeton se trouve hériter non plus de son père et de sa mère, mais d'ancêtres plus ou moins éloignés : d'un arrière-grand-père quand cette réduction remonte à des centaines d'années, d'un aïeul préhumain quand elle remonte à des siècles et des siècles.

Cette lacune du patrimoine héréditaire peut être comblée par les apports de l'éducation. C'est ce qui a lieu chez les sujets nés avec cette lacune, mais porteurs d'un cerveau et d'organes sensoriels normaux ; chez eux le syndrome a disparu avant qu'on ait eu le temps de le constater. Quand l'éducation est impossible par suite de la défectuosité congénitale du cerveau, comme c'est le cas chez l'idiot, la lacune persistera toute la vie (atavisme mental constitutionnel). Quand l'éducation n'est possible qu'à l'aide d'une méthode particulière payée par une infirmité sensorielle (surdi-mutité, cécité) et une débilité mentale congénitales, la lacune persistera tant que cette méthode n'aura pas été employée (atavisme mental, pseudo-constitutionnel).

A) *Atavisme mental constitutionnel.* — C'est un syndrome constitué par la présence congénitale et définitive d'une personnalité animale chez un idiot.

Pour rudimentaire qu'elle soit, la personnalité de la grande

majorité des idiots est une personnalité humaine. Les tendances et les mécanismes moteurs pour les exprimer sont ceux d'un homme. Pour accomplir les actes de la vie ils usent des mêmes synergies musculaires, leurs gestes sont comme les nôtres ; ils mangent, boivent, restent habillés, se tiennent assis, marchent comme nous.

Tout différents sont les idiots porteurs du syndrome atavisme mental ; chez eux, en dehors de toute paralysie, les actes vitaux ne s'exécutent pas avec le concours des mêmes synergies musculaires que chez nous. Leurs réactions sont celles des animaux et elles persisteront pendant toute l'existence du sujet, l'idiot étant incapable d'aucune acquisition personnelle.

Le plus bel exemple à fournir est celui de l'idiot connu sous le nom de sauvage de l'Aveyron, étudié jadis par Itard et Pinel. C'était un enfant idiot de 12 ans qui depuis des années vivait seul dans les bois, se nourrissant de glands et de racines, buvant aux rivières, couchant sous la feuillée et détalant avec une agilité à l'approche de tout être humain. Capturé par des chasseurs, il fut envoyé au docteur Itard. Celui-ci le décrit ainsi : « Mobile, farouche, mordant, égratignant, se balançant à la façon des animaux des ménageries, toujours prêt à fuir, sans voix, ignorant la marche au pas, ne se déplaçant qu'à l'allure du trot ou du galop, flairant tous les objets, il semblait plus appartenir à l'espèce animale qu'à l'humanité. Égaré un jour dans les rues, ce n'est qu'après avoir longuement flairé les mains et les bras de sa gouvernante qu'il la reconnut et consentit à la suivre. » Tous les efforts éducateurs échouèrent.

Il s'agissait ici d'un cas d'idiotie compliquée d'atavisme mental. C'est grâce à la présence de cette personnalité animale que cet enfant put s'adapter à la vie sauvage et continuer à vivre dans des conditions où un idiot à personnalité humaine serait mort.

B) *Atavisme mental pseudo-constitutionnel.* — C'est un syndrome constitué par la présence congénitale et transitoire d'une personnalité animale chez un être humain. Il ne se présente que chez des individus atteints de débilité mentale et d'infirmité sensorielle (cécité, surdi-mutité) et il persiste tant que l'éducation spéciale nécessitée par l'état sensoriel et mental n'est pas appliquée.

Toute infirmité sensorielle exige une méthode particulière d'éducation pour l'enfant qui en est atteint. Faute de cette méthode, le sujet, surtout si le faible niveau de son intelligence ne lui permet pas de se rendre autodidacte grâce aux autres sens, sera incapable d'aucun progrès intellectuel. Supposons qu'un tel individu vienne

au monde avec une réduction du patrimoine héréditaire égale à celle que nous envisageons, il présentera les réactions d'une personnalité animale. Mais du jour où le système éducateur qui convient à son infirmité sensorielle et mentale sera employé, des acquisitions personnelles auront lieu et viendront combler la lacune héréditaire ; peu à peu, la personnalité humaine s'installera.

Ce fut le cas pour un enfant de 12 ans, sourd-muet, pupille de l'Assistance, placé chez des paysans qui le nourrirent sans prendre aucun soin de son éducation. Envoyé à l'asile avec le diagnostic d'idiotie, il ressemblait, par sa mimique et ses actes, plus à un singe qu'à un être humain. Sa joie se manifestait par des cabrioles, des sauts de toutes sortes ; pour exprimer sa sympathie, il flairait, léchait, mordillait ; quand il se fâchait, il mordait et grognait. Malgré les grimaces incessantes, son visage restait vierge de toute ride, comme c'est le cas chez le singe, dont les paupières et les lèvres sont seules animées de mouvements. Il marchait les orteils recroquevillés, appuyant surtout le bord péronéal du pied et lançant les deux bras en avant comme si la mise en jeu des membres supérieurs facilitait la progression ; or, le singe est digitigrade et s'aide fréquemment des bras pour avancer plus vite. Notre malade ne mangeait rien avant de l'avoir flairé, ne se servait ni de fourchette, ni de couteau et pour boire plongeait les lèvres dans les seaux d'eau.

Au bout de quelques mois du traitement médico-pédagogique, les réactions constitutives de cet état d'anthropoïdisme mental disparaissaient et quelques mois plus tard le sujet avait acquis un nombre de connaissances suffisant pour infirmer le diagnostic d'idiotie. Il s'agissait donc d'un cas d'imbécillité mentale et de surdi-mutité compliquées d'atavisme mental.

II. — Atavisme mental acquis

Le syndrome que nous étudions peut n'apparaître qu'à une date plus ou moins tardive de l'existence de sujets jusque-là parfaitement normaux ; dans ce cas, la personnalité qui avait atteint un développement normal subit une régression. Tandis que dans l'ecmnésie et le puérilisme mental acquis, la régression a lieu sur l'échelle de l'évolution individuelle reportant le sujet à une étape antérieure de sa propre existence, régression ontogénique, dans l'atavisme mental acquis, la régression a lieu, semble-t-il, sur l'échelle de l'évolution spécifique. Le malade est transporté à un stade qu'il n'a jamais connu lui-même, mais qu'ont franchi jadis,

il y a des siècles et des siècles, les lointains aïeux de sa race (régression phyllogénique).

Ce syndrome est constitué par un trouble de la mémoire psychique et organique, le malade perd le souvenir de ses acquisitions et des associations fonctionnelles qui relient ses muscles pour exprimer ses états intérieurs ; il recouvre les tendances et les synergies motrices des êtres de l'espèce animale. Ce syndrome se présente dans deux cas : la confusion mentale ou la démence.

A) *Atavisme mental confusionnel.* — C'est un syndrome constitué par l'apparition d'une personnalité animale, chez un malade atteint de confusion mentale. Dans ces cas, la durée du syndrome est subordonnée à celle de l'accès de confusion ; il est donc généralement curable.

Dans le livre de Dromard et Levassort sur l'amnésie, on trouve l'observation d'un hystérique buveur, qui présentait tous les signes de l'anthropoïdisme mental, au point que le personnel de l'infirmerie spéciale du dépôt lui avait donné le surnom de singe. « Cet ictus, disent les auteurs, faisant table rase de toutes les acquisitions, avait imprimé à l'être humain un tel retour en arrière, qu'on était en présence d'un anthropoïde. » Au bout de quelques jours, le malade était guéri.

Nous avons noté des observations analogues dans l'épilepsie et l'alcoolisme.

B) *Atavisme mental démentiel.* — C'est un syndrome constitué par l'apparition d'une personnalité animale chez un malade atteint de démence. Il est incurable.

Nous avons observé un dément précoce de 25 ans, qui, par moments, se met à marcher à quatre pattes, flairant au coin des murs ou au pied des arbres, ramasse des cailloux ou des morceaux de bois avec les dents, essaie de happer les mouches avec la bouche, s'étend à terre, sur le ventre, en se léchant les mains et en poussant des bâillements de profonde satisfaction. Si alors on le dérange, il grogne et mord, tandis qu'auparavant il recevait l'importun par une bordée d'injures et une volée de coups de poing.

Nous avons vu des cas semblables chez des déments séniles ou paralytiques.

III. — Diagnostic

L'atavisme mental ou zooanthropoïdisme ne doit pas être confondu avec la zoanthropie.

La zoanthropie comprend tous les états dans lesquels le malade se croit changé en animal; ils sont généralement basés sur des troubles de la cénesthésie et font partie de ces délires métaboliques si fréquents dans l'hypochondrie, et que l'on trouve aussi dans la paranoïa. En un mot la zoanthropie est la croyance de l'individu lui-même à sa propre transformation en animal, ; tandis que le zoanthropoïdisme est l'apparence que donne l'individu, par ses réactions, d'avoir été changé en bête.

Les Aïssaouas

(Note sur un cas de Psychose religieuse collective)

Par M. le docteur Lefèvre

Médecin aide-major du poste de Ben-Gardane (Tunisie)

HISTORIQUE ET CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Parmi les 45 ordres principaux « qui détiennent les forces vives de l'Islam » (1), il en est peu d'aussi connus que celui des Aïssaouas.

Le fondateur de la secte, Si Mohammed-ben-Aïssa, qui naquit à Méquinez (Maroc), vers la fin du quinzième siècle, était un théologien habile et un guérisseur assez éclairé. Sa vie est pleine d'aventures extraordinaires qu'il serait fastidieux d'énumérer. La suivante a donné naissance aux exercices habituels des Aïssaouas.

Chassés de Méquinez par le sultan Mouley-Ismaïl-le-Mérinite, ils s'arrêtèrent un jour, exténués, dans une région désertique. Le marabout leur dit alors de se nourrir avec ce qu'ils voyaient : il n'y avait que des pierres et des figuiers de Barbarie, dont les feuilles abritaient des scorpions et des reptiles. Les fidèles obéirent à l'ordre du maître, et, dans le même instant, scorpions, reptiles et feuilles acérées se transformèrent dans leur bouche en aliments délicieux. C'est sans doute pour commémorer cette légende que l'emblème du scorpion décore les coupoles des zaouïas.

Le saint mourut en 930 de l'Hégire (1523 de notre ère), après avoir rempli un rôle politique et religieux très important. Il laissait

(1) Dupont et Coppolani : *les Confréries religieuses musulmanes.*

à Méquinez un conseil supérieur de l'ordre, composé d'un khalifat et de trente-neuf moquaddems.

L'influence de Mohammed ben Aïssa rayonna sur tout le monde musulman, et la secte possède des zaouïas dans presque toutes les terres islamiques, mais principalement dans l'Afrique du Nord.

Quels furent les parrains spirituels du marabout? A quelle filiation religieuse se rattache l'ordre des Aïssaouas?... Cette question ne rentre pas précisément dans le cadre de notre étude et nous entraînerait trop loin. Ceux de nos confrères qu'elle intéresse consulteront avec fruit le livre si documenté de MM. Dupont et Coppolani sur *les Confréries religieuses musulmanes* (Alger, 1897, A. Jourdan, éditeur) et l'ouvrage du commandant Rinn : *Marabouts et Khouans* (Alger, 1884, A. Jourdan, éditeur). Ils y verront que l'ordre prit ses racines profondes dans l'école soufite de Bagdad, qui, par poussées successives, déchaîna sur le monde musulman les Rafaïa (derviches hurleurs), les Soulamïa, les Boualïa et nombre de confréries aux pratiques plus ou moins analogues. Toutes cherchent, par des moyens différents, « l'anéantissement de l'être dans l'essence de Dieu. » Peut-être ces exaltés mystiques ne furent-ils que les continuateurs inconscients des danseurs sacrés de l'Égypte, de la Grèce, et de la Rome du Bas-Empire.

Il n'est pas toutefois sans intérêt d'exposer, en résumé, la doctrine des Aïssaouas, telle que l'a donnée Rinn.

« En matière religieuse : l'expansion continuelle vers la divinité, la sobriété, l'abstinence, l'absorption en Dieu poussée à un tel degré que les souffrances corporelles et les mortifications physiques ne peuvent plus affecter les sens endurcis à la douleur.

« En matière morale : ne rien craindre, ne reconnaître que l'autorité de Dieu et des saints, et n'obéir qu'à ceux qui laissent pratiquer les principes du Livre Sacré. »

Ces principes, comme ceux de toute association religieuse, renferment un sens ésotérique, compris seulement des grands initiés, qui savent imposer aux frères inférieurs les pratiques assez répugnantes que nous allons décrire, pratiques destinées à frapper l'imagination des foules.

Nous décrirons d'abord une séance d'Aïssaouas telle qu'il nous a été donné d'en observer à Kébilli et à Zarzis, et nous procéderons ensuite à l'analyse et à la discussion des faits.

DESCRIPTION

Les séances d'Aïssaouas peuvent varier d'un pays à l'autre au point de vue des exercices pratiqués. Chaque zaouïa a sa spécia-

lité. En s'engageant dans la secte, chaque fidèle expose d'ailleurs au chaouch ses goûts préférés et s'entraîne spécialement pour tel ou tel exercice. Mais les procédés pour provoquer l'extase ne varient pas ; les phénomènes morbides sont du même ordre.

On peut diviser une séance en trois périodes : 1° période préparatoire ; 2° période d'excitation ; 3° période de dépression.

Période préparatoire. — 1° *Ouverture de la séance.* — Un orchestre de cinq à six musiciens munis du tambourin (beudîr) et de la flûte (rhaïta) attaque une mélopée lente, sur le mode mineur (1). Pendant ce temps, le chaouch fait les différentes invocations prescrites à Dieu et à Si Aïssa, jette du jaouï (benjoin) sur des braseros, tandis que les Khouans arrivent un à un, font une courte prière dans la mosquée, et ressortent aussitôt pour commencer les exercices.

Nous avons divisé ces exercices en plusieurs temps, pour la commodité de la description. Ces temps, coupés par des intervalles de repos de l'orchestre, existent réellement, mais on ne peut leur assigner de durée fixe. Ils chevauchent l'un sur l'autre, selon les circonstances.

Ajoutons que la majeure partie des fidèles est recrutée parmi les adolescents et les adultes. Il n'y a pas de vieillards (du moins comme membres *actifs*) ; il y aurait, paraît-il, des femmes (2).

2° *Exercices.* — Au signal du chef, les exercices commencent. Ils sont loin d'être exécutés au hasard, exigent une concordance parfaite et sont interrompus ou modifiés, selon les ordres du chaouch qui surveille, rectifie les mouvements, donne lui-même l'exemple, encourage les adeptes, par le geste et la parole.

1er *temps.* — Élévation du corps sur la pointe des pieds. Les Khouans, en petit nombre au début, forment une chaîne, où chaque individu, les reins bien cambrés, tient son voisin par la taille. Ils élèvent alternativement le poids du corps sur l'une et l'autre jambe en faisant exécuter au tronc un léger mouvement de balancement.

Le rythme de la musique est encore assez lent.

Pendant ce temps, de nouveaux patients viennent successivement se nouer à la chaîne.

---

(1) Les modes Rummel-Meïa, Sain-Sebah, Zeidan et Asbein, qui correspondent aux modes chromatiques de la musique grecque, sont des facteurs d'excitation très employés chez certaines confréries sahariennes, très fermées, reniées des bons musulmans qui nomment les modes musicaux ci-dessus : *Modes maudits* (Docteur Bruzon, *loc. cit.*).

(2) Le docteur Encausse prétend, d'après les déclarations d'un chaouch, qu'il y aurait des chrétiens.

La musique cesse, et pendant l'intervalle, la gymnastique continue, avec accompagnement de prières monotones.

2e *temps.* — Même mouvement avec flexions du corps en avant, alternativement sur la cuisse droite et sur la cuisse gauche.

Le rythme de la musique s'accélère et précipite les mouvements.

Durant l'intervalle, les exercices continuent, scandés par les invocations des fidèles (Allah le puissant, l'éternel, etc.) répétées interminablement, sur la même cadence.

3e *temps.* — Flexions simultanées des jambes, entrecoupées de légers bonds sur place.

A la fin de cette période, le chaouch promène la fumée du jaouï sous les narines des fidèles. La plupart sont pâles ; sur certaines physionomies aux pupilles dilatées, aux mâchoires contractées, on devine les symptômes d'une crise prochaine.

4e *temps.* — Flexion du tronc en avant, jusqu'à l'angle droit avec, dans cette position, rotation rapide de la tête. Redressement du tronc, flexion en arrière.

Ce temps, excessivement pénible, ne saurait être long. Les mouvements suivent le rythme désordonné de la musique qui va en crescendo. Tout à coup, un patient se détache de la chaîne pour entrer en transes. A partir de ce moment, la chaîne continuera, sans ordre, ses étranges mouvements, jusqu'à épuisement des forces.

Période d'excitation. — A ce moment, l'observateur doit faire preuve d'une très grande attention pour suivre le spectacle qui se déroule sous ses yeux. Il est très confus, et il faut en outre *se défier des supercheries fréquentes et de sa propre émotivité.* Notre confrère Lemanski, dans une brochure publiée en 1898, intitulée *Hypnotisme et Aïssaouas*, a très bien décrit le malaise spécial que l'on ressent à voir « ce tournoiement perpétuel des êtres et des choses », dans cette atmosphère d'âcres parfums, de musique et de chants.

Cette période d'excitation a été l'objet de nombreuses descriptions littéraires ; nous tâcherons, plus modestement, et pour ne pas abuser trop longtemps de votre bienveillante attention, d'en donner un aperçu exact et court.

Nous avons dit, tout à l'heure, que le spectacle était très confus ; cela vient de ce que plusieurs sujets se livrent en même temps à des manifestations variées. Tantôt le Khouan, après avoir tourné en rond autour de la cour, s'avance vers le chaouch, tantôt il vient directement à lui, comme poussé par une force irrésistible.

Quelquefois même, *sans avoir pris part aux exercices*, un Aïssaoui,

pris d'un tremblement soudain, se lève et va s'offrir au chef (1).

Remarquons tout de suite, en passant, que l'initié se mutile rarement de lui-même ; il se fait « opérer » par le chaouch, ou reçoit de ses mains le sabre ou la pointe d'acier.

Il en est qui semblent déterminés aux pires tortures ; d'autres s'avancent plus timidement ; quelques-uns enfin, l'air un peu honteux, se contentent de simagrées enfantines. Ces derniers sont des simulateurs maladroits ou des individus insuffisamment entraînés. Ils sont méprisés des autres ; ils n'ont pas reçu le « baraka » du saint : le don merveilleux de l'extase.

En général, au point maximum de son excitation, l'Aïssaoui offre l'aspect suivant : la tête est renversée en arrière, les pupilles sont dilatées, les bras sont étendus en croix, ou collés le long du corps, dans un état de raideur cataleptique, les doigts ouverts et crispés. Quelques-uns ont les paupières à demi closes, un frisson général les secoue.

Certains sujets, habituellement les premiers excités, roulent par terre en proie à une véritable crise de nerfs, incapables de prendre part aux cérémonies.

La figure, très pâle, est couverte de sueur, la respiration est accélérée, mais nous n'avons pas observé ce « retard de l'expiration, produit par l'aspiration des vapeurs de benjoin » et signalé par le docteur Encausse comme procédé de gymnastique physique (*Esculape*, numéro d'août 1911).

Nous n'avons pas constaté de troubles fonctionnels de l'appareil digestif. Cependant, d'après Lemanski, un grand nombre d'Aïssaouas seraient atteints de merycisme (2).

C'est dans un état d'insensibilité apparente que le Khouan se livrer aux exercices divers qui étonnent toujours par leur étrangeté barbare.

Ou bien il avalera un certain nombre de clous, longs de 4 centimètres environ, que le chaouch lui enfoncera dans la bouche, la pointe en l'air (il n'y a aucune supercherie, nous avons contrôlé le fait de très près et à diverses reprises), ou bien il se fera enfoncer dans la langue, dans la joue, dans la peau du cou, la « karba »,

---

(1) A Kebilli, au sortir de la représentation, nous rencontrâmes dans un sentier de l'oasis une fillette de six à sept ans, qui marchait, l'air hébété, secouant interminablement la tête. Nous pûmes arrêter ce mouvement en lui prenant brusquement la tête entre les mains ; elle resta un instant immobile, nous reconnut et s'enfuit.

(2) Cela expliquerait partiellement la rareté des complications abdominales après l'ingestion de substances nocives. Rareté toute relative, d'ailleurs, ainsi que pourrait en témoigner notre confrère Brunswic qui opéra deux Aïssaouas pour corps étrangers de l'estomac (1° : 5 clous de fer ; 2° : 4 balles de plomb).

sorte de longue pointe en acier, d'un diamètre appréciable, terminée par une boule de bois.

Tel autre, après avoir dansé avec le chaouch un simulacre de pas du sabre, se tailladera frénétiquement le ventre ou les mollets. Celui-ci promènera tout le long de son épiderme un bouchon de paille enflammé, tandis que son voisin avalera des scorpions, dont, entre parenthèse, le chaouch aura, par un habile tour de passe-passe, enlevé le dard. Celui-là brisera entre ses dents des tessons de bouteille.

Pendant toutes ces mutilations, l'analgésie semble la règle, aussi bien pour la peau (piqûres, coupures) que pour les muqueuses (transfixion de la langue, mastication du verre broyé). L'insensibilité à la température s'observe également (brûlure). Cette anesthésie est plus ou moins marquée suivant les sujets. Nous sommes même convaincu que certains d'entre eux souffrent, mais se gardent bien de l'avouer, par amour-propre.

D'ailleurs, le chaouch, avec un coup d'œil très sûr, écarte les fidèles qui ne lui semblent pas dans un état d'insensibilité suffisante.

L'absence d'hémorragie pendant les mutilations, la cicatrisation rapide des plaies sont les deux phénomènes qui frappent au maximum l'imagination de la foule. Encore qu'on les aie beaucoup exagérés, ils existent indéniablement. L'absence ou plutôt la faiblesse de l'hémorragie est due, vraisemblablement, à une vaso-constriction périphérique. Ce spasme des vaisseaux peut être attribué à l'excitation des centres de vaso-constriction du névraxe, excitation produite par les mouvements gradués que nous avons décrits. La crise passée, il n'est pas rare de voir saigner les malades.

Pour ce qui concerne la cicatrisation rapide des plaies, nous ferons remarquer :

1° Que les indigènes, en général, réparent très vite leurs tissus ;

2° Que les blessures sont superficielles, le plus souvent linéaires ou punctiformes.

Peut-être un élément nerveux intervient-il également, pour accroître la rapidité du processus réparateur.

Enfin, pour clore ce tableau en raccourci d'une séance d'Aïssaouas, ajoutons que certains d'entre eux se livrent à des manifestations semblant correspondre à des idées de transformation corporelle. « Tel est le lion, dit Lemanski, et comme lui dévore un mouton éventré, encore chaud ; tel est le tigre, et comme lui fait trembler l'air de sa voix puissante ; tel, plus simple et moins

ambitieux, imite le chameau et comme lui dévorera la feuille de cactus. »

Période de dépression. — Les forces humaines ont des limites, même surexcitées, comme dans le cas présent. D'ailleurs, le chaouch, averti des accidents possibles, sait qu'il ne peut prolonger la séance outre mesure. De lui-même, il s'approche des exaltés, prend leur tête dans ses mains et leur murmure à l'oreille une phrase soi-disant consacrée. Parfois, il leur passe doucement la main sur les yeux.

En général, les patients reviennent à eux instantanément, et, l'air un peu somnolent, regagnent l'intérieur de la Kouba. D'autres gisent à terre, prostrés, immobiles ; quelques-uns sanglotent. Puis tout s'apaise et la cour de la zaouïa se vide lentement.

Telle est, rapidement esquissée, la symptomatologie d'une séance d'Aïssaouas, avec ses trois périodes de mouvements préparatoires, d'excitation et de dépression.

INTERPRÉTATION DES FAITS. — DISCUSSION ET ANALYSE

Quelle interprétation a-t-on donnée de ces faits?

En général, on a porté le diagnostic de folie religieuse épidémique ou d'hystérie religieuse, en rapprochant les Aïssaouas des Convulsionnaires de Médard, des Ursulines de Loudun, etc. (et plus récemment, croyons-nous, des possédés de *Yéni-Cherr*, *Asie Mineure*).

Il nous semble difficile de partager cette opinion. Certes, il y a des symptômes communs entre la crise de l'Aïssaoui et la transe du convulsionnaire sur la tombe du diacre Pâris, mais l'on ne saurait conclure à l'identité des deux états par de simples analogies. Autant la véritable folie religieuse semble naître spontanément au pied des autels, dans l'ombre des cloîtres, autant la crise de l'Aïssaoui manque de spontanéité, demande à être *préparée.* On ne peut pas dire non plus qu'elle ait un caractère épidémique, car elle se manifeste chez les seuls initiés et il n'est pas à notre connaissance qu'il y ait eu des épidémies de mutilation d'origine aïssaouienne. Enfin, l'Aïssaoui, dans la vie courante, ne présente, en général, aucun symptôme de vésanie.

Nous ne pouvons admettre non plus complètement le diagnostic d'hystérie religieuse. Oui, il y a des hystériques parmi les Aïssaouas, mais la majeure partie ne l'est pas. Nous avons suivi de très près plusieurs d'entre eux, nous en avons même eu un à notre service. Eh bien, ni leurs antécédents, ni leur manière d'être habi-

tuelle, ni leur façon de réagir aux affections pour lesquelles ils nous consultaient, aucun stigmate, rien en un mot, ne permettait de conclure chez eux à de l'hystérie.

C'est pourquoi, bien que nous partagions largement les vues de notre confrère Lemanski, lorsqu'il dit : « Il y a jonglerie très souvent, et le reste du temps, c'est l'anesthésie hystérique qu'obtient l'initié grâce à la musique et aux chants spéciaux, qui provoquent un état d'hypnose particulier », c'est pourquoi, dis-je, nous ne pouvons nous rallier entièrement à son opinion.

Reprenant cette définition pour notre compte, nous dirons :

Il y a jonglerie souvent, hystérie parfois, et, le reste du temps, c'est l'anesthésie qu'obtient l'initié, grâce à la musique, aux chants *et aux exercices spéciaux*, qui provoquent un état d'hypnose particulier.

Quels sont les éléments qui nous permettent de placer ces phénomènes dans le cadre de l'hypnose?

Ce sont d'abord et surtout les procédés qu'emploient les Aïssaouas, procédés qui rappellent parfaitement nos moyens scientifiques de provoquer l'hypnose.

L'ébranlement cérébral déterminé par leurs exercices, l'*excitation sensorielle monotone*, produite par la musique et les chants, sont les principaux moyens physiques dont ils disposent.

Les moyens psychiques leur sont fournis par eux-mêmes. Soumis à de fortes représentations antérieures, ils savent que, dans telles conditions, ils doivent s'endormir; *ils sont leurs propres hypnotiseurs*. Peut-être, au début, subissent-ils une influence extérieure : celle du chaouch; cela est possible, mais l'entraînement rend bientôt inutile son intervention, sauf pour maintenir la discipline des exercices et provoquer le réveil.

A ce propos, remarquons que la fameuse phrase consacrée, murmurée à l'oreille, n'est, sans doute, qu'une suggestion de réveil, à laquelle vient s'ajouter parfois l'imposition de la main sur le visage.

Voyons, maintenant, si d'autres éléments viennent étayer notre hypothèse, en cherchant parmi les signes physiques ou les symptômes psychiques.

A vrai dire, les signes physiques observés chez les Aïssaouas n'ont rien de très caractéristique et se retrouvent dans un certain nombre d'états voisins. A cet égard, il serait intéressant — mais très délicat — de rechercher l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'École de la Salpêtrière a décrite comme symptôme somatique fixe (du moins dans le grand hypnotisme).

Mais, dit le professeur Grasset, « la caractéristique de l'hypnose

n'est ni dans l'état de la motilité, ni dans l'état de la sensibilité, ni dans le degré de profondeur du sommeil, ni dans l'état de la mémoire ou de la conscience, mais uniquement dans l'état de suggestibilité. »

Les Aïssaouas présentent-ils ce caractère de suggestibilité ? Nous le croyons.

Quelles sont ces suggestions ? D'où leur viennent-elles ?

Elles peuvent venir du chaouch, qu'elles soient motrices (continuation des mouvements d'oscillation de la tête dont il a donné l'exemple) ou psychiques, par sensibilité tactile (il place dans la main du sujet un sabre ou une pointe d'acier et lui suggère ainsi l'idée de se mutiler).

Mais la plus grande part de ces suggestions revient au sujet lui-même ; *ce sont des auto-suggestions.* Choisissant d'avance son supplice préféré, fortement impressionné par cette idée, qu'il cultive de plus en plus, l'Aïssaoui placé dans des conditions identiques à ses premiers états, dans la même atmosphère, s'obéira lui-même avec une perfection croissante.

Il est difficile de donner à l'art hypnotique des Aïssaouas une place bien nette dans la classification des hypnoses. En général, ce sont des états frustes, sans sommeil bien profond, avec ou sans amnésie au réveil.

CONCLUSIONS

En résumé nous conclurons :

1° Les Aïssaouas sont des individus qui, par une éducation spéciale, par des procédés physiques (excitation sensorielle monotone) et psychiques (autosuggestion), atteignent un état particulier d'*hypnose.*

2° Il n'est pas douteux qu'il y ait parmi eux des hystériques. Ceux-ci se reconnaissent à leurs véritables crises ; en outre « ils impriment à la symptomatologie habituelle » des Aïssaouas « le cachet » de leur névrose.

3° Il y a enfin des simulateurs, surtout dans les exhibitions publiques des villes.

En terminant cette étude, où nous avons tâché de mettre en lumière certains faits qui nous ont paru intéressants nous ne nous dissimulons pas que nous en avons laissé beaucoup dans l'ombre.

La difficulté d'enquêter dans un milieu religieux sans froisser des susceptibilités toujours en éveil et la nécessité de nous borner nous a fait négliger certains détails.

La question médico-légale, par exemple, n'a pas été discutée, et il y aurait peut-être intérêt à se demander quelle est la responsabilité des Aïssaouas.

Au point de vue social, nous souhaiterons qu'on restreigne les exhibitions publiques. Il est toujours affligeant pour la dignité humaine de voir des hommes se livrer à des actes répugnants et la contagion de l'exemple peut favoriser, chez certains spectateurs, l'éclosion d'une névrose latente.

Enfin, il serait intéressant de savoir par qui et quand furent instituées les règles de la « gymnastique aïssaouienne » que, certes, n'avait pas prévu Mohammed-ben-Aïssa. Une telle enquête est évidemment délicate ; elle ne pourrait être menée à bien que par des musulmans inspirant une certaine confiance aux dépositaires des secrets de l'Ordre. Et il est possible, somme toute, que ceux-ci ignorent la mystérieuse impulsion qui, du fond des âges, jeta ces hommes dans un élan frénétique vers la Divinité.

BIBLIOGRAPHIE

Paul Bert, les Aïssaouas. *Revue de l'Hypnotisme,* 1887.
Paul Bruzon (Docteur), *la Médecine et les religions.* Baillère et fils, 1904.
Dupont et Coppolani, *les Confréries religieuses musulmanes.* Jourdan, Alger, 1897.
Grasset (Docteur), *l'Hypnotisme et la suggestion.* Doin et fils, 3e édition.
Lemanski (Docteur), Hypnotisme et Aïssaouas. *Revue Tunisienne,* 1898.
Hartenberg (Docteur), *l'Hystérie et les hystériques.* Félix Alcan, 1910.
Encausse (Docteur), les Aïssaouas. *Esculape,* août 1911.
Régis (Docteur), *Précis de Psychiatrie.* Doin et fils, 4e édition.
Commandant Rinn, *Marabouts et Khouans.* Jourdan, Alger, 1884.

Une épidémie psychique parmi les indigènes du Fezzan (Tripolitaine)

Par le docteur Jules Lévi
Médecin des Mines de Sidi-Ameur-ben-Salem (Tunisie).

Il est désormais généralement reconnu que la civilisation, au lieu de faire augmenter la fréquence des maladies mentales, ainsi que certains auteurs l'ont affirmé, tend au contraire à en diminuer les formes et la diffusion.

Parmi les peuplades sauvages, les maladies mentales revêtent fréquemment la forme collective épidémique, la contagion psy-

chique étant bien plus facile dans les races inférieures. Des maladies mentales épidémiques (Deniker « Races et peuples de la terre ». Paris, 1910) ont été signalées par les missionnaires parmi les Hurons et les Iroquois. Quelques formes de névrose paraissent limitées à certains groupes ethniques ; tel l'*Amok*, sorte de folie furieuse et imitative en même temps, provoquée peut-être par la suggestion. Répandue surtout parmi les Malais, cette affectation se rencontre aussi dans l'Amérique du Nord, où elle a été appelée *Jumping* par les barbares. Le *Myriachit* des Ostiaks et d'autres indigènes de Sibérie, le *Malimali* des Tagals des Philippines, le *Baktchis* des Siamois, sont des maladies analogues.

A cette entité morbide, ainsi indiquée par Deniker, peut, à mon avis, être rattaché un syndrome spécial de troubles nerveux et mentaux, que depuis quelque temps j'ai fréquemment l'occasion d'observer parmi les Tripolitains, indigènes du Fezzan, qui travaillent comme manœuvres dans les mines et dans les chemins de fer de la Tunisie et de l'Algérie.

Il s'agit de sujets atteints d'une grande hyperexcitabilité nerveuse et qui présentent une suggestionnabilité spéciale qui les oblige à exécuter automatiquement, en dépit de leur volonté et malgré eux, les actes qu'on leur montre de faire.

Le moindre bruit les fait sursauter ; dès qu'on les touche, ils bondissent, excités, en gesticulant et en attaquant ceux qui viennent à leur rencontre. Un de ces individus a dans les mains une lettre qu'il attendait depuis longtemps ; il se rend en toute hâte auprès d'un de ses camarades pour se la faire lire. Quelqu'un l'appelle, en lui faisant le geste de déchirer du papier : ce malheureux déchire aussitôt sa lettre, puis, il se met à pleurer, surpris de l'acte que lui-même venait d'accomplir. — J'en ai vu de même un autre, cédant à la suggestion du geste, se jeter tout habillé dans un bassin plein d'eau ; un autre se bourrer la figure à grands coups de poing ; un autre, cogner la tête de toutes ses forces contre le mur, lancer de grosses pierres sur ses camarades, les jeter par terre en les frappant à tour de bras. — A un geste, l'un laisse tomber une bouteille pleine qu'il avait entre les mains, un autre met dans la bouche des choses répugnantes, et même avale la graisse de porc, chose pour eux la plus abominable.

Il est à noter que ces malheureux manifestent une souffrance très marquée en se sentant irrésistiblement poussés à l'imitation des actes qu'on leur indique d'exécuter. Ils essayent de fuir, ils pâlissent, ont le visage couvert de sueur, et parfois tombent à terre évanouis ou dans un véritable accès hystéro-épileptique.

Étant donnée leur hyperexcitabilité et suggestionnabilité, ces individus peuvent devenir dangereux ; et il est regrettable que des personnes inexpérimentées s'amusent quelquefois à leurs dépens.

Quant à l'étiologie, ils racontent tous qu'un marabout leur aurait administré une poudre mystérieuse, une espèce de *neffa*, et qu'aussitôt après avoir reniflé cette matière, ils sont tombés à terre évanouis. Le sortilège du marabout les aurait sanctifiés. Ils croient que les troubles, dont ils se sont trouvés atteints, sont une marque religieuse.

C'est à *Guelma* (Algérie) que se trouverait le marabout le plus fameux, qui donnerait la « neffa » la plus efficace à cet effet. Nul ne doute que la suggestion entre en jeu comme rôle principal. — En plus des individus infectés directement par les arts du marabout, il arrive aussi que d'autres individus de la même race (négros, indigènes du Fezzan), auxquels n'a pas été administré le produit miraculeux, mais qui vivent en contact avec ces possédés, peuvent être contaminés par cette maladie et présenter par effet d'autosuggestion les mêmes troubles nerveux et mentaux.

Quant aux suites de la maladie, si ces individus vivent dans un milieu sain, disciplinés par le travail, ils peuvent peu à peu s'améliorer et même guérir. Au contraire, s'ils se trouvent dans un milieu où leur suggestionnabilité morbide est continuellement tenue en éveil, spécialement parmi des gens qui s'amusent à les pousser à leur faiblesse, leurs troubles s'aggravant, ils deviennent presque furieux et peuvent être dangereux pour eux-mêmes et pour les autres.

Psychopathies et insuffisance rénale

Par L. Bériel

Médecin des Hôpitaux de Lyon.

L'étude des relations entre les lésions rénales et certains troubles nerveux a commencé avec l'étude même du mal de Bright : Bright, dès 1827, signalait 16 cas d'accidents cérébraux sur 24 malades. Leur notion s'est surtout affirmée, en France du moins, avec le mémoire de Lasègue : « Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours du mal de Bright » (1852). On ne connaissait guère, dans cette première moitié du dix-neuvième siècle, que les accidents

aigus de l'urémie : coma, convulsions, attaques épileptiformes, c'est-à-dire ceux qui cliniquement étaient liés à l'urémie confirmée. C'est ainsi que la description d'Addison, qui date de 1839, fait intervenir seulement les manifestations comateuses, convulsives, avec les vertiges, la céphalalgie et les troubles visuels, pour aboutir à la constitution de cinq variétés cliniques.

A dater de Lasègue, apparaît dans la description de l'urémie nerveuse la notion du délire : encore cet observateur lui accorde-t-il une place très restreinte (il n'envisage d'ailleurs que les délires terminaux). Mais, depuis, le délire urémique prend une place importante dans les préoccupations des auteurs ; de l'étude des délires aigus et terminaux de l'urémie mortelle, on passe à celle des délires plus ou moins prolongés, simulant la folie ; on s'aperçoit que certains sujets conduits à l'asile sont des brightiques ; Raymond publie des observations sous le titre « Sur certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours de néphrites chroniques » (1882), et Dieulafoy en schématise la notion en leur donnant le nom de « Folie brightique » (1885). Dès lors est née la question du rapport causal direct entre l'urémie et certaines psychopathies, et du même coup, elle paraît être tranchée : l'urémie peut produire de toutes pièces une folie ; il existe des malades qui ont l'air d'aliénés, mais qui, « loin d'être des aliénés, sont des brightiques » ; et Dieulafoy écrit (en prenant le terme de délire dans un sens très général) : « Les néphrites aiguës et chroniques peuvent par elles-mêmes et à elles seules provoquer le délire, comme elles provoquent les accès épileptiques ou le coma, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un autre facteur. »

Une affirmation aussi nette ne pouvait manquer d'avoir une influence notable sur l'opinion médicale courante ; elle a eu d'ailleurs le mérite de contribuer à attirer l'attention sur l'importance des recherches somatiques chez les aliénés. Elle ne pouvait toutefois être acceptée comme intégralement valable sans discussion, car elle entraînait des conséquences trop importantes au point de vue pratique. Déjà, avant Dieulafoy, Pierret et son élève Bouvat avaient étudié l' « urémie délirante », en y comprenant les délires chroniques ; mais ils n'avaient pu aboutir à une conclusion aussi ferme pour le rapport de causalité entre l'urémie et le trouble nerveux. Au reste, les psychiatres, qui connaissent les difficultés du déterminisme des troubles psychopathiques, ne pouvaient accepter simplement la dépendance des états délirants et de la lésion rénale et, tandis que les médecins créaient la « folie urémique », ceux-là continuaient à rester moins affirmatifs. Il est très

instructif, à cet égard, de lire les discussions qui suivirent les communications de Raymond et de Dieulafoy : Ollivier y déclare que, dans les observations de Raymond, les troubles psychiques ne lui paraissent relever qu'indirectement de la maladie de Bright, si même ils en relèvent ; Féré ne croit pas qu'il existe une folie brightique, la folie, dans les cas rapportés par Dieulafoy, pouvant s'être développée « à propos » du mal de Bright.

Depuis, la question a été agitée à maintes et maintes reprises ; elle n'est pas sans intérêt, et ne constitue pas une simple affaire de mots : elle a une portée immédiatement pratique considérable.

* * *

La simple analyse clinique peut, à elle seule, permettre de mettre en doute les relations absolues de causalité entre le rein et le cerveau, pour ce qui concerne ces délires. Les psychopathies urémiques revêtent, dans leur expression clinique d'ensemble comme dans leurs symptômes élémentaires, les aspects les plus variés. Pierret a signalé depuis longtemps que l'on pouvait observer toute la gamme des troubles nerveux, depuis le mal de tête jusqu'au délire aigu, fébrile et mortel. Les auteurs qui ont le plus cherché à systématiser la folie urémique insistent sur ses aspects polymorphes : Dieulafoy dit qu'on peut voir toutes les formes de l'aliénation mentale. Les psychiatres, tout en s'efforçant de décrire des caractères élémentaires plus ou moins propres à l'urémie (Régis), ou en cherchant à séparer les types qui ressortissent plus directement à l'insuffisance rénale de ceux qui surviennent simplement à son occasion (Joffroy), ne peuvent reconnaître aucun type particulier. « La folie brightique proprement dite » — même la folie brightique proprement dite — « n'a pas de physionomie absolument spéciale. » (J. Roubinowitch, 1903.)

Si l'on considère les malades, ou si l'on parcourt les observations publiées, on se rend compte facilement de la réalité de cette proposition. On trouve des cas ayant évolué rapidement et paraissant simplement des épisodes terminaux au cours de néphrites chroniques, d'autres ayant duré des semaines, des mois, et davantage. Les uns simulent plus ou moins complètement la mélancolie simple ou anxieuse (Bouvat, obs. XXXIV) ; la mélancolie avec idées de persécution et de suicide (obs. de Dieulafoy) ; la folie du doute (Raymond, 1890) ; un délire religieux et érotique (Raymond, 1882, obs. II) ; la confusion mentale avec syndrome cérébelleux (Scherb) ; la paralysie générale (Hösslin) ; beaucoup rappellent le tableau de

la manie aiguë ou chronique, avec ou sans hallucinations, la manie furieuse (Bouvat, obs. XXIII) ; un grand nombre évoluent comme des syndromes de confusion mentale. Les uns sont dépourvus de tout symptôme d'urémie cérébrale, d'autres montrent des convulsions, ou se terminent par le coma urémique.

Si l'on veut noter analytiquement les symptômes observés, on aboutit à l'énumération de tous les troubles psychiques possibles. Idées délirantes les plus variées : idées de persécution, de défense, de grandeur (Hösslin, cas d'ailleurs douteux), de négation, d'énormité, idées religieuses, hypochondriaques, érotiques (Raymond, 1882, obs. II), idées d'auto-accusation. Hallucinations, dont les plus fréquentes sont, ici comme partout, celles de la vue et de l'ouïe. Symptômes d'affaiblissement ou de débilité intellectuelle, y compris les diverses amnésies. Troubles de l'affectivité générale, obsessions. Troubles du langage. Troubles de l'activité ; excitation motrice, dépression, impulsions.

Chacun de ces divers symptômes est, à la vérité, plus ou moins fréquemment observé ; mais il semble bien que les plus communs soient aussi ceux que l'on voit souvent dans les psychoses de toute autre nature, et particulièrement dans les troubles liés aux intoxications, endogènes ou exogènes (intoxications d'origine hépatique, alcoolisme) ; c'est ainsi le cas pour la torpeur intellectuelle, l'hébétude, les hallucinations nocturnes (Régis). Quelques signes qui ont été plus particulièrement rattachés à la psychose brightique, comme les attitudes cataleptoïdes (Brissaud), sont rares, et d'ailleurs observés fréquemment aussi dans d'autres états.

On aboutit donc à cette conclusion : *les symptômes, pas plus en eux-mêmes que dans leur groupement et leur évolution, ne décèlent rien de caractéristique.*

Un autre fait se dégage de l'examen des observations ; il est de valeur très différente, mais mérite d'être noté. C'est qu'un très grand nombre de cas publiés sont incertains, au point de vue justement de l'insuffisance rénale supposée causale. Il en est qui ont évolué sans albuminurie, même avec des examens nombreux et espacés ; certes, l'albumine est un signe assez grossier, et dans quelques cas, comme dans l'observation XXIX de Bouvat, la présence d'autres indices cliniques ou certains résultats d'analyse peuvent suffire au diagnostic ; mais lorsqu'il n'y a ni albumine, ni d'autres signes suffisants, la réalité du trouble rénal devient très incertaine, en l'absence de constatations anatomiques. Dans d'autres cas aussi, les faits peuvent être interprétés très différemment : par exemple, Bouvat rapporte un fait, uniquement clinique

dans lequel le diagnostic hésitait entre cinq possibilités (obs. V); dans l'observation de pseudo-paralysie générale déjà citée d'Hosslin, il s'agissait avec autant de vraisemblance d'une paralysie générale authentique ; de tels faits ne peuvent guère être utilisés au moins pour l'établissement des « folies brightiques ». On pourrait multiplier indéfiniment ces exemples ; il faut y ajouter qu'un grand nombre de malades présentent dans leurs antécédents personnels ou héréditaires des conditions pouvant suffire à expliquer, en dehors du brightisme, l'éclosion des troubles psychopathiques : le cas intéressant rapporté par Cullerre en est un bel exemple. Il se dégage donc cette conclusion : que les observations publiées, pour un grand nombre, sont des documents inutilisables dans l'étude des psychopathies urémiques.

Quoi qu'il en soit, et en ne tenant compte que des cas bien caractérisés, soit parmi ceux publiés, soit dans le cours des observations personnelles, on aboutit à penser qu'il n'existe pas une « folie brightique »; les troubles psychopathiques développés parallèlement à une insuffisance rénale manifeste ne sont pas simplement des accidents de l'urémie, mais des produits de facteurs divers, parmi lesquels l'état antérieur de l'appareil nerveux joue un rôle prépondérant. Cette conception a cours de plus en plus à l'heure actuelle, et a surtout été soutenue par les psychiatres ; on sait en particulier que Joffroy, dans diverses publications, comme dans la thèse de son élève Florant, a insisté sur la nécessité d'une prédisposition nerveuse. A vrai dire cet auteur réduit pour un certain nombre de cas cette prédisposition à la « prédisposition nerveuse commune »; celle-ci suffisant à produire, sous l'influence de l'auto-intoxication, une véritable « folie brightique », portant le cachet de l'urémie. Mais ceci laisserait encore supposer que de telles psychopathies seraient assez caractéristiques par elles-mêmes pour pouvoir être reconnues en tant que psychoses brightiques ; or, c'est ce fait qui paraît litigieux. On trouve bien des cas dans lesquels la prédisposition nerveuse est effectivement imprécise (comme dans beaucoup de psychopathies sans causes apparentes) ; mais ceux-là ne montrent guère non plus la marque particulière d'une affection brightique. Il est probable que dans ces faits le facteur nerveux est tout simplement impossible à déceler avec nos moyens actuels.

J'ai eu l'occasion de rapporter l'an dernier à la Société médicale des hôpitaux de Lyon deux faits assez caractérisés, dont l'analyse conduit à cette manière de voir ; je me contenterai de rappeler ici les conclusions qui me paraissaient pouvoir être appuyées sur leur étude comparative. *Dans l'apparition des « folies brightiques »,*

on doit tenir compte de deux facteurs : l'un, occasionnel, l'insuffisance rénale, qui RÉVÈLE *la psychopathie comme pourrait la révéler toute autre intoxication. L'autre, plus réel, tiré de l'état antérieur de l'appareil nerveux : les tares héréditaires ou acquises de cet appareil, les modifications organiques ou dynamiques, même si elles n'étaient pas apparentes antérieurement, conditionnent le trouble neuropathique, déterminent ses caractères cliniques et commandent son évolution. La recherche de l'élément nerveux est de la plus haute importance pratique pour le pronostic éloigné.*

Il ne suffit donc pas d'admettre théoriquement la nécessité d'une prédisposition nerveuse vague, jouant un rôle secondaire dans la détermination des symptômes, il faut accorder dans tous les cas une place prépondérante à l'élément nerveux préexistant, et s'efforcer de préciser sa nature ; j'ai insisté, dans la communication précitée, sur le caractère essentiellement pratique de cette recherche, qui seule permet l'élaboration d'un pronostic raisonné.



Cette conception, déduite de l'observation des faits cliniques, ne représente, pour le problème des relations du rein et du cerveau, qu'une conclusion d'ensemble ; elle ne saurait satisfaire pleinement notre désir de connaître dans leur intimité les conditions pathogéniques des troubles mentaux ; et les progrès faits depuis quelque quinze ans dans la connaissance des insuffisances glandulaires et des auto-intoxications nous permettent d'avoir d'autres ambitions. La question des rapports du rein et des troubles nerveux se présente sous un autre point de vue ; elle devient beaucoup plus vaste à mesure qu'on cesse d'envisager le mal de Bright pour étudier l'insuffisance rénale plus ou moins latente et son rôle dans la pathogénie des accidents mentaux les plus divers. Non seulement on ne discute plus aujourd'hui sur le rôle de la déperdition d'albumine dans l'éclosion des symptômes, non seulement on fait intervenir la donnée capitale de l'auto-intoxication, au cours des néphrites, mais on cherche à déceler le rôle que pourrait jouer l'insuffisance rénale, chez des sujets ne présentant aucun signe de lésion grossière des reins, dans l'apparition de troubles encéphaliques. Ce point de vue ne peut encore être que très obscurément envisagé ; il ne pourra être étudié que lorsque de nombreuses et minutieuses observations nous auront fait connaître le mécanisme intime des intoxications « urémiques ». Les travaux de ces dernières années sur la physiologie pathologique des néphrites, sur la

perméabilité rénale, sur le mécanisme régulateur de la composition du sang, sur le dosage de l'urée dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, doivent servir de base aux études de l'avenir.

La distinction entre les rétentions chlorurées ou uréiques prépondérantes ont fait isoler deux états pathologiques distincts : la chlorurémie et l'azotémie ; et déjà il apparaît, si l'on se base sur les travaux de Widal, Mollard et Froment, Castaigne et Weill, que les accidents nerveux du mal de Bright sont des accidents « azotémiques » : on sait quelle est la valeur diagnostique et pronostique de l'excès d'urée du liquide céphalo-rachidien dans les urémies nerveuses proprement dites, c'est-à-dire dans les états comateux ou épileptiformes. Sur ce terrain la question des folies brightiques paraît devoir, comme sur le terrain clinique, se différencier nettement des accidents brightiques proprement dits : je n'ai pas connaissance qu'on ait fait encore des analyses en série à ce sujet ; je rappellerai toutefois que sur l'un des malades étudiés dans le travail cité plus haut, je n'ai pu trouver dans le liquide céphalo-rachidien que 0 gr. 21 d'urée ; on trouve aussi dans le travail de Mestrezat (1912) une observation, très résumée, de *troubles mentaux chez un rénal*, avec un chiffre d'urée de 0 gr. 12.

Si les troubles mentaux liés à l'insuffisance rénale ne paraissent pas devoir être considérés comme des produits directs de cette insuffisance, et plus particulièrement de l'azotémie, quel est le rôle exact que peut jouer telle ou telle rétention dans l'éclosion de troubles nerveux jusqu'alors latents ? C'est là une question qu'il est encore impossible de résoudre. Les données récentes auxquelles il vient d'être fait allusion, en apportant des éléments de précision, ne font, pour l'instant, que mieux marquer notre ignorance. Elles montrent en tout cas, en attendant de nous apporter de véritables lumières, que des faits cliniques d'apparence simples relèvent en réalité de facteurs multiples : facteurs dont nous ne pouvons encore que constater l'existence sans pouvoir en préciser le rôle. L'observation suivante, qui est intermédiaire aux faits de psychopathies nettement liées à l'urémie et aux cas de troubles nerveux purs, est un exemple de cette complexité ; en voici le résumé.

Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans, célibataire, fortement entachée d'arthritisme, dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle est obèse, a souffert pendant toute son enfance et son adolescence de céphalées. Elle n'a jamais présenté d'accidents pathologiques importants dont elle ait gardé le souvenir. Pas de crises nerveuses, ni de manifestations nerveuses apparentes ; elle est simplement d'un tempérament « renfermé », et a une tendance à avoir des idées mystiques, mais sans exagération apparente. Elle est devenue triste et résignée depuis quelques années, à la suite d'un mariage projeté et abandonné.

Depuis six mois, elle a accusé avec une assez grande fréquence des céphalées plus violentes et plus fréquentes qu'autrefois ; la constipation, qui est habituelle, est devenue aussi plus irréductible. Peu à peu s'est installée une inappétence aujourd'hui presque absolue ; enfin depuis un mois sont survenus de fréquents vomissements. Ces divers troubles ont coïncidé avec du surmenage physique et mental ; le frère de la malade vient de mourir dans un sanatorium, où il était soigné par sa sœur. Depuis une semaine ont apparu des crises particulières ; la première s'est produite lorsque la malade a perdu son parent, qui est mort entre ses bras ; les autres se sont produites généralement dans l'après-midi, à la suite des efforts physiques particulièrement, par exemple si la malade veut faire une promenade. Ces crises sont précédées de maux de tête violents, qui vont en progressant jusqu'au moment où la malade se sent défaillir ; elle se couche ou on la couche ; elle reste alors étendue ou assise, avec dès mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc sur le bassin ; la face est fortement congestionnée, quelquefois même violacée ; la respiration est ralentie, sans rythme particulier ; les pupilles sont dilatées ; le pouls ralenti (à 48, le jour où il a été possible d'observer une crise). Aucune convulsion, insensibilité absolue du tégument ; d'ailleurs la perte de connaissance est complète. Durée de quelques minutes à un quart d'heure. Réveil progressif, avec des sueurs profuses, sans émission d'urine ; obnubilation pendant plusieurs heures. Aucun phénomène paralytique ; jamais de morsure de la langue ni de contractures.

Dans l'intervalle, le pouls est tendu ; pas de galop, ni aucune modification des bruits du cœur. Rien au poumon qu'une respiration emphysémateuse. Rien à l'exploration de l'abdomen. Corps thyroïde d'apparence normale. Aucun signe nerveux somatique ; pas de modification de la sensibilité ni de la motilité, ni des réflexes ; pas de troubles de la station debout ni de la marche ; pas de troubles sensoriels ; fond d'œil normal. Aucun stigmate d'hystérie.

Les urines sont très rares ; leur taux oscille de 500 à 600 grammes dans les vingt-quatre heures ; elles contiennent un disque léger d'*albumine*. Aucun œdème. Vomissements alimentaires quotidiens, ne permettant même pas l'administration de lait ; l'eau seule est tolérée. Céphalées extrêmement intenses arrachant des cris à la malade ; insomnie.

Il semblait qu'on fût en présence d'un syndrome urémique ; et l'on pensait pouvoir rapporter les accidents à une néphrite latente urémigène avec rétention azotée, les symptômes nerveux ayant éclaté sous l'influence du surmenage physique et mental. Or, l'analyse qualitative des urines donna les chiffres suivants :

Na Cl	13,81	par litre.
Urée	12,48	—
Acide phosphorique	0,52	—

La recherche de l'urée dans le sérum sanguin retiré le même jour par ponction veineuse donna le chiffre de 0,112 *par litre.* Une ponction lombaire avait été pratiquée, mais n'avait donné issue qu'à quelques gouttes de liquide.

L'état de la malade s'améliora lentement par le repos, la diète hydrique d'abord, puis une alimentation végétarienne choisie ; plus tard l'administration de thyroïdine produisit le retour à un état normal.

Cette observation est certes très incomplète ; elle ne permet pas de préciser le déterminisme des accidents. On peut toutefois admettre avec toute certitude qu'ils ne relevaient pas de l'azotémie ; on ne peut, d'autre part, les attribuer à l'hystérie, ni à une lésion encéphalique grossière, dont il n'existait aucun signe, et

que l'évolution ne permet pas d'accepter. Il est trop certain, au contraire, que les troubles étaient liés à un concours d'événements pathologiques, dont les uns visaient la dépuration urinaire, dont les autres intéressaient les sécrétions internes, si l'on en juge du moins par l'influence de la médication thyroïdienne ; mais le surmenage mental soutenu pendant des mois, et l'émotion qui termina cette période, étaient aussi en cause dans l'éclosion des accidents. Ici encore existait, pour une part, un facteur nerveux, dont la nature permettait de songer à un pronostic favorable.

La complexité de cette observation ne permet pas d'en faire état dans la question des psychopathies urémiques ; je l'ai rapporté simplement, pour souligner la complexité du problème, même dans les cas qui paraissent au premier abord assez simples. Il est infiniment probable que les nouvelles recherches faites dans cet esprit, et à la lumière des connaissances nouvelles sur la physiologie de nos humeurs, démontreront l'inanité de la conception d'une folie brightique même dans les cas les plus purs, et démêleront des conditions complexes dans ceux qui, comme celui-ci, sont intermédiaires aux psychopathies rénales et aux psychoses sans étiologie apparente.

Psychose par Dysthyroïdie chez une goitreuse. Guérison par le traitement thyroïdien

Par MM. les docteurs Fraikin *et* Grenier de Cardenal
(*d'Argelès-Gazost*).

Observation. — Mme X..., 48 ans, originaire de la vallée d'Aure, nous est amenée au mois d'octobre 1908 à Argelès parce qu'elle présente des phénomènes d'excitation cérébrale intenses qui allaient nécessiter l'internement, de l'avis même du médecin de la famille.

Voici ce que nous raconte son mari : il n'y a pas d'aliénés dans la famille de sa femme, sa mère était nerveuse mais n'a jamais eu de crises. Son père et sa grand'mère moururent asthmatiques, une sœur et un oncle tuberculeux. Détail important ; elle est la seule de la famille qui ait présenté un goitre.

Son enfance et sa jeunesse se sont passées sans maladie : elle était robuste et très active.

Elle se maria jeune et eut treize grossesses terminées toutes par des accouchements normaux. Elle n'a conservé que onze enfants : le quatrième et le sixième sont morts rachitiques à six mois. Les autres sont bien portants, excepté l'avant-dernier qui est rachitique ; quelques-uns sont mariés et leurs enfants en bonne santé. Pas de goitreux dans la descendance.

Après la quatrième grossesse, notre malade aurait été assez souffrante et

soignée comme poitrinaire, mais au bout de dix mois tout rentra dans l'ordre. Malgré ces multiples grossesses, cette femme conserva son activité, sa gaieté, s'occupait de tous ses enfants et de son ménage avec une grande égalité d'humeur.

Il y a quinze ans elle commença à engraisser et c'est à partir de ce moment-là qu'elle s'aperçut que son cou grossissait à la partie antérieure. Elle resta bien réglée jusqu'à l'âge de 45 ans, époque de sa ménopause. Celle-ci s'est établie sans trop d'à-coups, sans hémorragie grave, avec simplement quelques phénomènes congestifs.

Vers le milieu de 1907, M. X... constate que sa femme devient un peu taciturne, tout en conservant à peu de chose près son activité. Mais elle reste au lit le matin, cherchant des prétextes pour se lever tard, et dans la journée elle somnole fréquemment dès qu'elle s'assoit. Puis son caractère s'aigrit, elle fait des scènes de jalousie à son mari, mais sans désigner personne.

Au mois de mai 1908, le jour des élections municipales, peut-être excitée par les discussions politiques de son entourage, elle dit à son mari qui causait avec une voisine : « Cette femme vient de te jeter un regard que j'ai très bien compris, c'est un rendez-vous », et se mettant dans une violente colère, elle menaça son mari de le tuer s'il continue à lui être infidèle. Cet état d'excitation reste le même pendant quelques mois, lorsque au commencement d'octobre, elle a la malencontreuse idée d'aller voir une tireuse de cartes. Aussitôt la scène change et elle fait une fugue. Son mari la découvre prosternée dans une église située à quelques kilomètres, récitant son chapelet; avec la plus grande difficulté, il réussit à la ramener dans un état d'excitation extrême auquel fait suite de l'abattement. La somnambule lui avait dit qu'une voisine lui avait jeté un sort. A partir de ce moment elle ne dort plus, se lève la nuit pour prier et trois jours après elle entre en plein délire : elle se confesse plusieurs fois et brusquement croit être Bernadette ou l'Immaculée-Conception. Puis surviennent les idées de grandeur : son fils aîné est empereur, son mari Jésus-Christ ; des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle voit la Sainte Vierge, saint Antoine est en elle ; elle entend les voix de la Vierge, des saints, du curé, des voisins et surtout de la voisine. Ces voix l'appellent, lui tiennent en général des propos indifférents, quelquefois méchants. Enfin apparaissent des idées de persécution ; on veut l'empoisonner, mais vainement, car elle est invulnérable. Elle devient cependant dangereuse, et veut « faire son affaire » à la voisine et menace son mari avec un couteau. Le médecin appelé déclare qu'une mesure s'impose, l'internement.

C'est alors que nous sommes appelés à la voir, le 20 octobre 1908.

C'est une femme de taille moyenne, assez forte, mais dont l'embonpoint n'attire pas l'attention chez une personne de son âge et de sa condition. Elle est vêtue décemment et s'assoit sans dire un mot, sans faire un geste : la figure est ronde, empâtée, immobile et fermée. Elle vous regarde sans sympathie et répond un peu à tort et à travers, par des monosyllabes. Au cours de la conversation que nous avons avec son mari, elle regarde alternativement les interlocuteurs sans avoir l'air de bien saisir le sens de nos paroles, puis devient impatiente, et au moment de l'examen invective contre son mari, lui demandant pourquoi on l'a amenée. Quand nous l'interrogeons sur ses hallucinations, elle affirme qu'elle voit et entend des gens, mais ne veut nous donner aucun détail.

Elle se laisse examiner difficilement ; cependant nous pouvons faire les constatations suivantes : le facies est lunaire, infiltré, le teint terreux ; les pupilles réagissent normalement, mais la gauche est légèrement plus grande que la droite ; il n'existe pas de tremblement de la langue, ni d'embarras de la parole, les membres sont gros, durs au toucher : les réflexes tendineux sont normaux et on ne constate pas de tremblement des mains. Les poils et les cheveux sont conservés. Les organes splanchniques semblent en bon état ; les

urines sont, paraît-il, troubles, mais nous n'avons pu avoir l'analyse. Enfin, à la partie inférieure et droite du cou, on trouve un goitre simple, mollasse, de la grosseur d'une moitié d'orange.

Il n'existe ni alcoolisme ni syphilis.

Ce tableau clinique ressemblait bien à l'accès aigu d'une psychose d'intoxication. Il était naturel d'incriminer des troubles de sécrétions de défense : déficit de l'ovaire au moment de la ménopause, déficit de la thyroïde, celui-ci apparent grâce aux stigmates physiques du goitre et à l'empâtement voisin du myxœdème. A cause de la prépondérance de ceux-ci, c'est à la thyroïde que nous nous adressâmes d'abord, nous réservant d'ajouter de l'extrait ovarien si c'était nécessaire. Nous ordonnâmes en conséquence de la thyroïdine Flourens à raison d'une tablette par jour (0 gr. 20 de glande sèche), une demi-tablette à chaque repas. Il fut d'abord très difficile de les lui faire prendre à cause de ses idées d'empoisonnement et l'on fut obligé de les écraser dans son bouillon. Au bout de quinze jours le mieux était sensible ; les idées de persécution et de grandeur disparaissaient peu à peu. Nous recommandâmes de continuer le traitement pendant deux mois.

A notre retour à Argelès en mai 1909, notre malade était très bien. Elle avait repris sa vie ordinaire et son activité antérieure. Elle était cependant encore un peu émotive et irritable.

Nous la revoyons en 1910, toute idée délirante a disparu ; nous nous trouvons en présence d'une bonne ménagère, active et heureuse, passablement maigrie, mais dont le goitre, bien entendu, est stationnaire. Depuis près d'un an tout traitement est interrompu.

Enfin en 1911, son mari nous en donne de bonnes nouvelles. Quand les symptômes semblent reparaître : insomnie, irritabilité, il lui fait prendre de l'extrait thyroïde et tout rentre dans l'ordre.

L'histoire de cette malade nous a paru intéressante à rapporter, car si les états myxœdémateux plus ou moins accentués sont courants, il existe peu d'observations de psychoses dues à l'insuffisance thyroïdienne.

Or, pendant que nous observions notre malade, M. le professeur Régis voyait évoluer, sous ses yeux, un cas, que l'on peut rapprocher de celui-ci, et qui a fait l'objet, de sa part, d'une intéressante étude, parue dans *l'Encéphale* en décembre dernier.

Je me permettrai d'en rapporter le sommaire et d'examiner les conclusions.

Pas d'hérédité. Santé normale. A 33 ans, apparition successive de troubles nerveux, psychiques et des symptômes du myxœdème. Amélioration sous l'influence du traitement thyroïdien. Cessation du traitement, rechute. A 45 ans, entrée à l'hôpital : état myxœdémateux typique, aspect mongoloïde, psychose hallucinatoire chronique avec langage pathologique sans démence, ni confusion. Nouveau traitement thyroïdien : amélioration des symptômes du myxœdème, pas de modification de la psychose hallucinatoire.

Comme il le dit lui-même, il s'agit là d'une psychose hallucinatoire chronique dont il rattache l'origine probable à des troubles toxiques myxœdémateux. Il ne voit qu'une objection à cette hypothèse : la non-influence du traitement thyroïdien sur les troubles psychopathiques. Mais il ajoute : « Il n'est plus permis de dire qu'un

phénomène morbide qui échappe à l'action d'un médicament spécifique d'une maladie n'est pas la conséquence, directe ou indirecte, de cette maladie.

« Il se peut, dit-il ensuite, que son action, si grandement efficace sur les troubles dystrophiques, reste sans effet sur d'autres manifestations plus délicates et plus profondes, telles que les troubles psychiques. »

Il nous semble que notre observation vient lever tous les doutes et que si la malade de M. le professeur Régis n'a pas été améliorée au point de vue mental, c'est que la chronicité de son état avait apporté dans son cerveau des modifications indélébiles ; et que l'on peut dire que dans les accès aigus délirants toxiques du myxœdème ou de l'hypothyroïdie, la médication opothérapique peut amener une guérison radicale et durable des troubles psychopathiques, à condition d'être continuée sous la surveillance du médecin.

Recherches pondérales sur le corps thyroïde chez les aliénés de différentes catégories

Par C. Parhon (*de Bucarest*).

Les altérations thyroïdiennes chez les aliénés semblent très fréquentées d'après tous les auteurs qui se sont occupés de cette question et nos propres recherches conduisent au même résultat.

Récemment, Tenchini a attiré l'attention sur les petits chiffres qu'on trouve quand on pèse les thyroïdes des aliénés.

Cet auteur n'a pu étudier que 14 thyroïdes d'aliénés, dont 7 d'hommes et 7 de femmes.

Il nous a semblé intéressant de rapporter ici le résultat de nos propres recherches portant sur un grand nombre de thyroïdes d'aliénés et de grouper les résultats selon les diagnostics en les comparant en même temps avec ceux que nous avons pu trouver encore dans la littérature.

De cette façon, on conçoit la possibilité d'établir certains faits qui peuvent donner des indications intéressantes sur les rapports qui peuvent exister entre telle ou telle psychose et les altérations de la fonction thyroïdienne.

Nous nous contenterons de rapporter ici seulement les moyennes trouvées dans les cas observés par nous et par les autres auteurs

qui se sont occupés de la question en nous réservant le droit de donner plus de détails dans des travaux ultérieurs.

Voici le résumé de nos résultats :

Mélancolie (moyenne de 13 cas)	28 gr. 24
Psychose maniaque dépressive (moyenne de 2 cas). .	31 gr. 50
Manie chronique (moyenne de 2 cas)..............	52 gr. 90

La moyenne totale de ces 17 cas de psychoses affectives est de 31 gr. 47.

Psychoses systématisées et paranoïaques	(moyenne de 4 cas)..	30 gr.
Démence précoce	(moyenne de 27 cas)...............	23 gr. 90
Épilepsie	(— 51 —)...............	18 gr. 69
Confusion mentale	(— 13 —)...............	19 gr. 82
Démence sénile	(— 24 —)...............	20 gr. 68
Paralysie générale	(— 117 —)...............	23 gr. 52
Psychoses alcooliques	(— 13 —)...............	19 gr. 91
Psychoses pellagreuses	(— 21 —)...............	20 gr. 33
Idiotie	(— 9 —)...............	19 gr. 25
Imbécillité	(— 6 —)...............	21 gr. 33

Ainsi qu'on le voit, les chiffres les plus élevés appartiennent aux psychoses affectives, ce qui apporte une nouvelle confirmation à l'opinion que nous avons soutenue dans plusieurs travaux antérieurs sur le rôle de la glande thyroïde dans la pathogénie de ces psychoses et sur le rapprochement qu'il y a lieu de faire entre la manie, la mélancolie, la psychose maniaque dépressive et le syndrome de Basedow.

Les chiffres les plus bas appartiennent à l'épilepsie et avec Claude et Schmiergeld et Zalla nous attirons l'attention sur la fréquence des altérations thyroïdiennes chez les épileptiques.

La démence précoce et la paralysie générale donnent les moyennes les plus rapprochées de l'état normal.

Dans la confusion mentale, les psychoses alcooliques et l'idiotie, les moyennes sont également au-dessous de la normale. Il en est de même dans les psychoses alcooliques.

On trouve aussi des chiffres assez bas dans la démence sénile, chez les pellagreux et les imbéciles.

Dans ces différents cas, on peut supposer une influence sur le corps thyroïde des mêmes processus qui ont déterminé la psychose (dans la démence sénile par exemple), ou par contre, et peut-être le plus souvent, on doit admettre que l'infériorité de la fonction thyroïdienne a favorisé l'apparition des troubles psychiques.

Ainsi qu'on le voit, les simples pesées du corps thyroïde chez les aliénés (1) donnent des résultats assez intéressants sur lesquels il convient d'attirer l'attention des psychiatres.

---

(1) Les chiffres ci-dessus indiqués sont fournis d'après les constatations de Volberg, Perrin de la Touche et Dide, Ramadier et Marchand, Claude et Schmiergeld, Zalla, Tenchini ainsi que d'après nos propres recherches.

Recherches sur l'action de la pilocarpine sur l'intestin et les glandes salivaires des animaux éthyroïdés

Par MM. C. Parhon *et* C. Urechia (*de Bucarest*).

L'action du corps thyroïde sur l'intestin est un fait qui ne laisse plus le moindre doute, mais plusieurs points concernant le mécanisme de cette action sont encore à préciser.

On connaît ainsi la constipation des myxœdémateux cédant au traitement thyroïdien (Hertoghe, Souques, etc.), phénomène qui est à opposer aux diarrhées fréquentes des basedowiens et surtout à celles qu'on observe chez les animaux traités par le corps thyroïde (Gilbert Ballet, Biedl, Mlle Parhon, nous-mêmes). Hoffmeister, chez ses lapins éthyroïdés, trouva que le poids du tube digestif est plus grand que chez les témoins, cela étant dû seulement au contenu de ces organes, la paroi intestinale étant, par contre, plus mince chez les opérés.

Léopold Lévi et H. de Rothschild ont invoqué les troubles du métabolisme du calcium pour expliquer la constipation des myxœdémateux.

Plus récemment, Léopold Lévi et son élève Minoret, cherchant à expliquer l'action du corps thyroïde dans la constipation, ont admis non seulement une action sur la motricité de l'intestin, mais aussi sur les sécrétions intestinales, explication qui est basée sur des faits d'ordre clinique étudiés par ces auteurs et d'accord avec une constatation de Marbé qui a vu expérimentalement la quantité de sécrétion intestinale doubler à la suite du traitement thyroïdien.

Léopold Lévi et Minoret ont vu d'ailleurs que le traitement thyroïdien peut dans certains cas faire cesser des diarrhées ou aggraver des constipations.

Citons encore une constatation de Garnier et Lebert, qui ont vu que la traversée intestinale des substances colorantes (carmin) ingérées avec le repas était notablement augmentée dans un cas de myxœdème et que sa durée était ramenée à la normale par le traitement thyroïdien.

Notons enfin que Konrad Alt est d'avis que l'absorption du phosphore se fait mal dans le myxœdème et que cette fonction est ramenée à la normale à la suite du traitement thyroïdien.

Il nous a semblé que l'action du corps thyroïde sur l'intestin

mériterait encore de nouvelles recherches et nous nous sommes proposé d'étudier l'action de la pilocarpine sur l'intestin des animaux éthyroïdés.

Dans nos premières expériences, nous avons injecté une quantité d'à peu près 0 gr. 005 par kilogramme d'animal. Dans les deux premiers cas, les selles n'ont pas été pesées, mais elles ont été beaucoup plus abondantes chez le témoin qui a eu, en outre, des selles demi-liquides, tandis que les animaux opérés ont éliminé seulement des crottins.

Dans les expériences ultérieures, la quantité injectée a été de 0 gr. 01 par kilogramme d'animal. Nous avons négligé en général les chiffres inférieurs à 50 grammes.

Nous avons profité, en outre, du fait que la pilocarpine détermine une exagération de la sécrétion salivaire pour étudier aussi ce phénomène chez nos animaux éthyroïdés.

Nous donnons maintenant la description de nos expériences.

Expérience I. — *Lapin* (1 315 gr.) *éthyroïdé* le 13 août. Le 7 septembre, à 10 h. 19 du matin, injection intrapéritonéale de 1 c. c. 3 d'une solution de pilocarpine à 0 gr. 50 pour 100.

A 10 h. 30, l'animal défèque. Les selles ont l'aspect de crottins caractéristiques pour l'espèce.

Le témoin (1 110 grammes) reçoit à 10 h. 17 une injection intrapéritonéale de 1 c. c. 1 de la même solution.

A 10 h. 20, première selle. Jusqu'à 10 h. 45, six nouvelles selles. En outre, on observe que l'animal s'étend sur le ventre, est agité, il ressent probablement des crampes douloureuses.

A 10 h. 50, nouvelle selle d'aspect pâteux.

A 10 h. 55, même phénomène.

CONCLUSION

L'animal éthyroïdé a eu une seule selle d'aspect normal. Le témoin a eu des selles nombreuses et la quantité totale de matières émises a été beaucoup plus grande que chez l'opéré. En outre, tandis que ce dernier n'a eu que des crottins, le témoin a fini par émettre des selles pâteuses.

Expérience II. — *Lapin* (968 gr.) *éthyroïdé* le même jour que le précédent.

A 10 h. 22, reçoit en injection intrapéritonéale un centimètre cube de la même solution.

A 10 h. 29, émet des crottins humides avec beaucoup de liquide en même temps, mais pas de selles pâteuses. On note encore une salivation modérée.

A 10 h. 44, il ne salive plus.

Le témoin (1 115 grammes) reçoit à 10 h. 20 un centimètre cube de la même solution, toujours dans le péritoine.

A 10 h. 29, première selle.

A 10 h. 39, seconde selle. La salive commence à couler en gouttes. L'animal se couche sur le ventre.

A 10 h. 44, la salivation a cessé.

A 10 h. 50, selle pâteuse.

CONCLUSION

Comme dans l'expérience précédente l'animal éthyroïdé a déféqué beaucoup

moins que le témoin. En outre il n'a pas eu comme ce dernier des selles demi-liquides.

Expérience III. — *Lapin* (1 292 gr.) *éthyroïdé* le 13 août.

Le 13 septembre, à 11 heures du matin, il reçoit en injection intrapéritonéale 1 c. c. 3 de la même solution.

A 11 h. 5 la salive commence à couler en gouttes pour former un petit lac devant l'animal.

A 11 h. 5, nous mettons devant lui un cristallisoir pour la recueillir. Après 10 minutes la quantité recueillie est de 1 c. c. 5.

A 11 h. 8, l'animal se couche sur le ventre, il a probablement des crampes.

A 11 h. 10, selles d'aspect habituel. Les yeux sont humides.

A 11 h. 30, on observe que l'animal a éliminé par l'anus quelques gouttes de liquide.

A 11 h. 55, selle sous forme de crottins. Les selles pèsent 7 grammes.

Le 14 septembre, on trouve le poids de 1 132 grammes. L'animal reçoit une nouvelle injection intrapéritonéale de 1 c. c. 3 de la même solution de pilocarpine.

A 10 h. 5, après deux minutes, la salivation commence et on met un cristallisoir devant l'animal pour la recueillir.

A 11 h. 35, la quantité de salive recueillie est de 0 c. c. 6. Les selles pèsent (à 11 h. 54) 7 grammes.

Le témoin (1 578 grammes) reçoit, à 10 h. 58, 1 c. c. 5 de la même solution par la même voie.

A 10 h. 25, se couche sur le ventre. La sécrétion salivaire est peu abondante. L'animal tressaille.

A 11 h. 45, selles peu abondantes.

A 11 h. 51, nouvelles selles mais plus sèches que celles de l'opéré.

A 11 h. 51, nouvelle selle (gardant, comme chez l'opéré, l'aspect de crottins) et émission abondante d'urine.

On pèse les selles et on trouve une quantité de 20 grammes.

Le témoin (1 397 grammes) reçoit le 14 septembre une nouvelle injection intrapéritonéale de 1 c. c. 6 de la même solution.

Après deux minutes, émission d'urine.

A 11 h. 5, il défèque et se couche sur le ventre.

A 11 h. 7, la salivation commence. On met un cristallisoir devant l'animal pour recueillir la salive.

A 11 h. 15, nouvelle selle.

A 11 h. 28, nouvelle selle moins consistante que celles de l'animal opéré.

A 11 h. 55, on mesure la quantité de salive et on trouve 0 c. c. 2. L'animal émet des nouvelles selles demi-liquides et abondantes. Le poids total des selles est de 32 grammes.

CONCLUSION

Dans cette expérience aussi la quantité des matières fécales de l'animal opéré a été beaucoup moins abondante que celle du témoin. Ce dernier a eu en outre des selles demi-liquides, tandis que l'animal éthyroïdé n'a fait que des crottins. Quant à la salive recueillie, elle a été peu abondante chez les deux animaux, en prédominant pourtant chez l'opéré.

Expérience IV. — *Lapin* (1 172 gr.) *éthyroïdé* le 13 août, reçoit le 13 septembre, à 11 h. 50 1 c. c. 25 de la solution précédente en injection intrapéritonéale.

Jusqu'à 12 h. 25, il n'a pas eu de selles ni de salivation.

Le témoin (1 658 grammes) reçoit, à 11 h. 48, 1 c. c. 6 de la même solution et par la même voie. Quelque temps après il commence à saliver abondamment.

A 12 h. 4, il émet des crottins.

A 12 h. 14, selles pâteuses. La salivation cesse à 12 h. 25 et on recueille 14 centimètres cubes. Les matières fécales pèsent 28 grammes.

CONCLUSION

Dans le laps de temps observé le témoin a émis une quantité importante de salive et de matières fécales, tandis que chez l'animal opéré nous n'avons pu observer ni salivation, ni émission de matières fécales.

Expérience V. — *Lapin* (1 040 gr.) *éthyroïdé* le 17 septembre. Il reçoit (le 4 octobre) en injection intrapéritonéale un centimètre cube d'une solution de pilocarpine à 1 pour 100. L'injection fut pratiquée à 11 h. 24 du matin.

A 11 h. 30, l'animal commence à saliver et nous mettons un cristallisoir devant l'animal pour recueillir la salive.

A 11 h. 31, l'animal laisse échapper des crottins.

A 11 h. 37, l'animal s'étend sur le ventre, les yeux sont humides.

A midi, selle molle et abondante. La salive recueillie est en quantité de 0 c. c. 2. Le poids des fèces est de 18 grammes.

Le témoin (880 grammes) reçoit par la même voie 0 c. c. 9 de la même solution (à 11 h. 26).

La salivation commence après deux minutes et on la recueille dans un cristallisoir.

A 11 h. 30, émission d'urine.

A 11 h. 38, l'animal s'étend sur le ventre, la salivation est plus prononcée que chez l'opéré. Il se tient surtout couché sur le ventre, contrairement à l'animal opéré qui reste debout à peu près continuellement.

En outre, ses yeux sont pleins de larmes.

A 11 h. 45, selle.

A midi, reste couché sur le ventre. Il est à peine capable de se tenir debout.

La quantité de salive recueillie mesure 11 c. c. 2.

A 12 h. 3, selle molle et abondante.

A 12 h. 10, nouvelle selle pâteuse.

On pèse les matières fécales.

On trouve 22 grammes.

CONCLUSION

Chez les deux animaux les dernières matières fécales émises ont eu une consistance pâteuse différente de l'aspect en crottins caractéristiques pour cette espèce.

Mais la quantité a été plus grande chez l'animal normal. En outre, ce dernier a salivé abondamment, tandis que chez l'animal opéré la quantité de salive a atteint à peine 0 c. c. 2.

Expérience VI. — *Lapin éthyroïdé* le 17 septembre. Le 5 octobre, à 9 h. 26 du matin, il reçoit 1 c. c. 1 de la même solution en injection intrapéritonéale.

A 9 h. 34, la salivation commence et après deux minutes ce liquide coule en gouttes.

A 10 h. 8, selle.

A 10 h. 50, la salivation diminue.

A 10 h. 20, la quantité de salive recueillie est de 25 centimètres cubes.

A 11 h. 25, le poids des fèces est de 6 grammes.

Le témoin (945 grammes) reçoit, à 9 h. 25, 0 c. c. 95 de la même solution et par la même voie.

A 9 h. 39, les yeux sont humides.

A 9 h. 47, il s'étend sur le ventre.

A 10 heures, la salivation commence.

A 10 h. 15, la salive coule en gouttes (l'animal est exposé au soleil).

A 10 h. 25, selle.

A 10 h. 35, selle très abondante pâteuse, émission d'urine.

A 10 h. 40, selle molle. L'animal s'étend sur le ventre. Polypnée.

A 10 h. 50, nouvelle selle. On remarque très nettement les contrac-

tions péristaltiques au-dessous de la paroi abdominale.

La salive coule abondamment.

A 10 h. 55, les mouvements péristaltiques sont encore perceptibles.

L'animal, qui était couché sur le ventre, s'élève un instant pour reprendre bientôt sa position antérieure.

A 11 h. 30, le poids des fèces est de 47 grammes ; elles sont constituées à peu près exclusivement par des matières molles. La quantité de salive est de 20 centimètres cubes.

CONCLUSION

La quantité de fèces a été chez l'animal éthyroïdé beaucoup plus petite que chez le témoin (6 grammes pour 47 grammes). Par contre, chez ce dernier, la quantité de salive a été moindre (20 centimètres cubes) que chez l'animal opéré (25 centimètres cubes).

Expérience VII. — *Lapin* (895 gr.) *éthyroïdé* le 17 septembre. Le 5 octobre, à 10 h. 5 du matin, il reçoit 0 c. c. 9 de la solution de pilocarpine à 1 pour 100, par la voie intra-péritonéale.

A 10 h. 30, émission d'urine et de matières fécales.

A 10 h. 47, selle molle et abondante.

A 11 heures, le poids des fèces est de 50 grammes. Pas de salivation appréciable.

Le témoin (980 grammes) reçoit, à 10 h. 6, 0 c. c. 95 de la même solution en injection intra-péritonéale.

A 10 h. 16, l'animal commence à saliver abondamment.

A 10 h. 30, émission d'urine.

A 10 h. 35, selle peu abondante.

A 10 h. 46, selle pâteuse.

A 11 heures, nouvelle selle.

A 11 h. 5, le poids des selles est de 50 grammes ; la quantité de salive de 16 c. c. 3.

CONCLUSION

Dans cette expérience, les deux animaux ont laissé une même quantité de matières fécales. Par contre le témoin a perdu 16 centimètres cubes de salive, tandis que l'animal opéré n'a pas présenté une salivation appréciable.

Expérience VIII. — *Lapin* (840 grammes) *éthyroïdé* le 17 septembre. Le 8 octobre, à 10 h. 4, il reçoit en injection intra-péritonéale 0 c. c. 8 de la solution de pilocarpine à 1 pour 100.

A 10 h. 7, selle. Commence à saliver.

A 10 h. 10, l'animal s'étend sur le ventre.

A 10 h. 12, émission d'urine, selles molles ; s'étend de nouveau sur le ventre.

A 10 h. 45, selle pâteuse abondante.

Le témoin reçoit, à 9 h. 58, 0 c. c. 8 de la même solution (son poids étant de 830 grammes).

A 10 heures, la salivation commence.

A 10 h. 7, émission d'urine et de matières fécales.

A 10 h. 11, l'animal s'étend sur le ventre.

A 10 h. 12, selles molles.

A 11 h. 8, on mesure la quantité de salive qu'on a recueillie et on trouve 2 centimètres cubes. Le poids des fèces est de 41 grammes.

A 10 h. 48, la salivation continue encore.

A 11 h. 8, la quantité de salive recueillie est de 13 centimètres cubes. Le poids des fèces est de 35 grammes.

CONCLUSION

Dans cette expérience aussi le poids des fèces a été plus petit chez l'animal éthyroïdé que chez le témoin. Par contre, la quantité de salive a été de beaucoup plus grande chez le premier que chez le dernier animal (13 centimètres cubes pour 2 centimètres cubes).

Expérience IX. — *Lapin éthyroïdé* le 17 septembre. (Son poids est de 919 grammes.) Le 8 octobre, à 10 h. 4 du matin, il reçoit en injection intra-péritonéale 0 c. c. 9 de la solution de pilocarpine à 1 pour 100.

A 10 h. 6, selle ; émission d'urine.

A 10 h. 7, l'animal s'étend sur le ventre.

A 10 h. 15, la salivation commence.

A 10 h. 30, selle un peu humide.

A 10 h. 40, selle pâteuse.

A 11 heures, la quantité de salive mesure 11 centimètres cubes.

A 11 h. 5, le poids des fèces est de 37 grammes.

Le témoin (775 grammes) reçoit, à 10 h. 5, 0 c. c. 75 de la même solution en injection intra-péritonéale.

A 10 h. 6, selle, émission d'urine.

A 10 h. 7, salivation.

A 10 h. 11, l'animal s'étend sur le ventre.

A 10 h 38, selle molle.

A 11 heures, la quantité totale de salive est de 6 centimètres cubes.

A 11 h. 5, le poids des fèces est de 33 grammes.

CONCLUSION

Dans cette expérience la quantité de salive ainsi que le poids des fèces ont été plus grands chez l'animal opéré, et ces quantités restent plus petites chez le témoin, même si on fait la proportion au poids de l'animal.

Expérience X. — *Lapin éthyroïdé* le 17 septembre. (Son poids est de 948 grammes.) Il reçoit le 8 octobre, à 11 h. 10, une injection de 0 c. c. 95 de la solution de pilocarpine à 1 pour 100.

A 11 h. 19, la salivation commence.

A 11 h. 25, émission d'urine, selle peu abondante.

A midi, la quantité de salive est de 2 c. c. 2. Le poids des fèces est de 18 grammes.

Le témoin (683 grammes) reçoit à 11 h. 17 une injection intra-péritonéale de 0 c. c. 65 de la même solution.

A 11 h. 22, la salivation commence.

A 11 h. 25, selle et salivation abondante.

A 11 h. 35, selle pâteuse.

A midi, l'animal présente des convulsions cloniques intenses, de l'opistotonos et succombe en quelques minutes.

La quantité de salive recueillie depuis 11 h. 22 est d'un centimètre cube. Le poids des fèces est de 10 grammes. Ces dernières sont presque exclusivement liquides tandis que celles de l'animal opéré sont très peu humides.

CONCLUSION

Dans cette expérience aussi, la salive et les fèces ont été plus abondantes

chez l'animal opéré. Mais l'accident qui a interrompu l'expérience nous fait penser à un état maladif antérieur du témoin. En outre, s'il avait vécu, le résultat aurait été peut-être autre. En tout cas, c'est une expérience dont le résultat ne peut être admis sans réserves (1).

Expérience XI. — *Lapin* (885 gr.) *éthyroïdé* le 13 août. Il reçoit le 22 octobre, à 10 h. 24 du matin, 0 c. c. 9 de la solution de pilocarpine à 1 pour 100 dans le péritoine.

A 10 h. 25, la salivation commence.

A 10 h. 31, selle. L'animal s'étend sur le ventre.

A 10 h. 52, selles pâteuses. La salive recueillie mesure 0 c. c. 8. Le poids des fèces est de 40 grammes.

A 10 heures, nous endormons l'animal par l'éther et nous lui ouvrons l'abdomen pour examiner le péristaltisme intestinal *de visu*.

Les mouvements des intestins ainsi que les battements artériels sont moins accentués que chez le témoin.

Après la mort de l'animal, on recueille le contenu de l'intestin grêle et on trouve une quantité de 3 c. c. 8 de matières liquides et glaireuses.

La bile est pâle et en petite quantité.

Le témoin (792 grammes) reçoit, à 10 h. 23, 0 c. c. 8 de la même solution et par la même voie.

La salivation commence à 10 h. 25.

A 10 h. 30, selle.

A 10 h. 45, selle pâteuse.

A 10 h. 55, la salive recueillie mesure 2 centimètres cubes. Le poids des fèces est de 52 grammes.

A 11 heures, nous anesthésions l'animal par l'éther et nous lui ouvrons l'abdomen.

Le péristaltisme de même que les battements artériels sont plus intenses que chez l'opéré.

Par expulsion on recueille de l'intestin grêle 3 centimètres cubes de matières. La bile est plus foncée et plus abondante que chez l'animal éthyroïdé. Quelques restes de thymus.

CONCLUSION

La quantité de matières fécales et de salive a été plus grande chez le témoin que chez l'animal opéré. En outre, l'examen direct des intestins nous a montré que le péristaltisme était moins fort chez ce dernier. De ses intestins grêles nous avons recueilli une quantité de matières un peu plus grande (3 c. c. 8) que celle des intestins du témoin (3 centimètres cubes).

Expérience XII. — *Lapin éthyroïdé* le 13 août. Le 28 octobre, à 11 h. du matin, cet animal (dont le poids était de 990 grammes) reçoit un centimètre cube de la solution de pilocarpine à 1 pour 100 par la voie péritonéale.

A 11 h. 5, selle. Commence à saliver.

A 11 h. 28, la salive recueillie mesure 1 c. c. 8. Le poids des fèces est de 15 grammes.

A 11 h. 30, anesthésie par l'éther. Nous ouvrons le ventre de l'animal.

Le témoin (930 grammes) reçoit, à 10 heures, 0 c. c. 9 de la même solution et par la même voie.

A 11 h. 2, l'animal commence à saliver.

A 11 h. 5, selle. Jusqu'à 11 h. 30, on ne peut recueillir que quelques gouttes de salive. Le poids des fèces est de 35 grammes.

A 11 h. 30, anesthésie par l'éther et ouverture de l'abdomen. On observe que les mouvements péristaltiques sont plus actifs que chez l'animal opéré.

(1) Il est à remarquer qu'un autre lapin normal, vivant dans le même milieu que les autres, succomba le jour suivant avec phénomènes paralytiques des membres et de la vessie.

Les mouvements péristaltiques sont moins actifs que ceux du témoin.

Après la mort de l'animal, on recueille par l'expression manuelle de l'intestin grêle 11 c. c. 8 de matières glaireuses. L'intestin gros pèse 107 gr. La bile est plus foncée et plus abondante que chez le témoin.

Après la mort de l'animal on recueille par l'expression manuelle de l'intestin grêle 12 c. c. 4 de matières glaireuses et liquides. Le gros intestin pèse 88 grammes. La bile est plus pâle et moins abondante que chez l'animal éthyroïdé.

CONCLUSION

Dans cette expérience la quantité de fèces a été plus abondante chez l'animal normal, tandis que celle de la salive a été plus grande chez l'opéré. Le péristaltisme intestinal a été moins actif chez ce dernier. La quantité de matières trouvée dans l'intestin grêle de ces animaux après leur mort a été légèrement plus abondante chez l'animal normal. Le poids du gros intestin fut trouvé plus grand chez l'animal éthyroïdé que chez le témoin.

Expérience XIII. — *Un lapin* (1 412 grammes) *éthyroïdé* le 13 août est légèrement anesthésié le 15 octobre et nous lui ouvrons l'abdomen. On observe que les mouvements péristaltiques sont d'une façon évidente moins intenses que ceux de l'animal normal. Il en est de même pour l'injection des chylifères. Il succomba vingt minutes plus tard que le témoin après nouvelle administration d'éther.

La bile est plus foncée que celle du témoin et le sérum sanguin (nous avons recueilli du sang pour étudier) la coagulabilité plus rougeâtre. Les intestins pèsent, avec leur contenu, 207 grammes.

Mêmes interventions chez un lapin normal de 1 266 grammes.

Les mouvements péristaltiques sont plus accentués et les chylifères plus injectés que chez l'opéré. Il succombe avec convulsions 20 minutes avant ce dernier, bien que l'intervention fût pratiquée dans le même temps.

La bile est moins foncée que celle de l'animal éthyroïdé.

Le poids de l'intestin, avec le contenu, est de 230 grammes.

CONCLUSION

Dans cette expérience nous avons cherché l'influence de la thyroïdectomie sur le péristaltisme intestinal sans intervention d'aucun facteur excitant tel que la pilocarpine.

Nous retenons de cette expérience la prédominance de péristaltisme chez le témoin.

Les tableaux ci-joints résument l'ensemble de nos recherches.

Il résulte de l'ensemble de nos recherches que la quantité de matières fécales éliminées a été dix fois sur douze plus abondante chez les témoins que chez les animaux éthyroïdés. Dans l'un des deux cas qui ont fait exception, le témoin succomba avec des convulsions pendant l'expérience et on peut inférer que c'était un animal déjà malade.

Pour l'autre cas, il se pourrait bien qu'il eût éliminé des fèces peu avant le début de l'expérience.

En tout cas, la différence nous semble en général très marquée et très digne d'être retenue

NUMÉROS D'ORDRE DE L'EXPÉRIENCE	Animaux opérés. TEMPS D'OBSERVATION	TITRE DE LA SOLUTION	QUANTITÉ INJECTÉE	POIDS DE L'ANIMAL	NOMBRE DE JOURS depuis l'opération	POIDS TOTAL DES FÈCES	POIDS DES FÈCES par kilogramme d'animal	OBSERVATIONS	Témoins. POIDS DE L'ANIMAL	QUANTITÉ INJECTÉE	POIDS TOTAL DES FÈCES	POIDS DES FÈCES par kilogramme d'animal	OBSERVATIONS
			c. c.	gr.		gr.	gr.		gr.	c. c.	gr.	gr.	
1	45′	1 200	1.3	1 315	25	N'ont pas été pesées.		Selles beaucoup moins abondantes que chez le témoin et seulement des crottins.	1 110	1.1	N'ont pas été pesées.		Selles beaucoup plus abondantes et plus fréquentes que chez l'opéré et en partie molles.
2	30′	Même titre.	1	968	25	Mêmes remarques.			1 145	1	Mêmes remarques.		
3	62′	Même titre.	1.3	1 292	31	7	5.41		1 579	1.5	20	12.66	
4	37′	Même titre.	1.25	1 172	31	0	0	Pas de selles durant le temps d'observation.	1 658	1.6	28	16,88	
5	46′	1/100	1	1 040	17	18	17,30		880	0,9	22	25	
6	2h 5′	Même titre.	1.1	1 070	17	6	5,60		945	0,95	47	49.73	
7	85′	Même titre	0.9	895	18	50	64.72		980	0,95	50	51.02	
8	70′	Même titre.	0.8	840	21	35	41,66		830	0.8	41	49,36	
9	61′	Même titre.	0.9	919	21	37	40.25		775	0.75	33	42.58	
10	44′	Même titre.	0.95	948	21	18	18.97		683	0.65	10	14.64	Selles presque exclusivement liquides. Succombe avec des convulsions 43 min. après l'injection.
11	36′	Même titre.	0,9	885	70	40	42,93	Ces deux animaux ont été éthérisés et le péristaltisme intestinal fut examiné *de visu* après l'ouverture de l'abdomen. Les mouvements étaient moins prononcés que chez les témoins.	792	0,8	52	65,65	Anesthésie par l'éther et ouverture de l'abdomen. Mouvements péristaltiques plus prononcés que chez les animaux éthyroïdés.
12	30′	Même titre	1	990	73	15	15,15		930	0.9	35	37.63	

NUMÉROS D'ORDRE DES EXPÉRIENCES	Animaux éthyroïdés.								Témoins.				
	TEMPS D'OBSERVATION	TITRE DE LA SOLUTION	QUANTITÉ INJECTÉE	POIDS DE L'ANIMAL	NOMBRE DE JOURS depuis l'opération	QUANTITÉ TOTALE de salive	QUANTITÉ DE SALIVE par kilogramme d'animal	OBSERVATIONS	POIDS DE L'ANIMAL	QUANTITÉ INJECTÉE	QUANTITÉ TOTALE de salive	QUANTITÉ DE SALIVE par kilogramme d'animal	OBSERVATIONS
			c. c.	gr.		c. c.	c. c.		gr.	c. c.	c. c.	c. c.	
1.....	62′	1/2 000	1,3	1 292	31	1,5	1.16		1 579	1.6	Sécrétion peu abondante, quelques gouttes seulement.		
2.....	37′	Même titre.	1,25	1 172	31	Pas de salivation appréciable.			1 658	1,6	14	8,44	
3.....	46′	1/1 000	1	1 040	17	0.2	0,19		880	0,9	11,2	12,72	
4.....	2h 5′	Même titre.	1,1	1 070	17	25	23,36		945	0,95	20	21,15	
5.....	85′	Même titre.	0,9	895	18	Pas de salivation appréciable.			980	0,95	16,3	16,63	
6.....	70′	Même titre.	0,8	840	21	13	16,66		830	0,8	2	2,40	
7.....	61′	Même titre.	0,9	919	21	11	11,96		775	0,75	6	7,74	
8.....	44′	Même titre.	0,95	948	21	2,2	2,32		683	0,65	1	1,46	
9.....	36′	Même titre.	0,9	885	70	0,8	0,90		792	0,8	2	2,52	
10.....	30′	Même titre.	1	990	73	1,8	1,91		930	0,9	Quelques gouttes.		

Les différences ont été surtout abondantes chez les animaux des premières expériences lorsque nous injections seulement 0 gr. 005 par kilogramme d'animal.

Nous devons nous demander maintenant si la différence dans la quantité de matières fécales éliminées tient à l'abondance plus grande des sécrétions chez les animaux normaux, à la diminution du péristaltisme chez les animaux éthyroïdés ou à ces deux facteurs à la fois?

Nous nous croyons autorisés à affirmer que la diminution du péristaltisme chez les animaux éthyroïdés a une grande importance dans les différences que nous venons de constater.

En effet, dans 3 cas, nous avons contrôlé *de visu* l'état du péristaltisme intestinal et, dans deux au moins de ces cas, les mouvements étaient plus nombreux et plus amples chez les témoins.

Dans le troisième cas, si les mouvements étaient aussi amples chez l'opéré, ils nous ont semblé, en revanche, moins rapides que chez le témoin.

Cette constatation est d'accord avec le fait de Garnier et Lebert cité plus haut.

Notons, en outre, que chez un jeune chat soumis au traitement thyroïdien et auquel nous avons ouvert l'abdomen, après l'anesthésie par l'éther, en même temps que chez un témoin de la même portée, anesthésié de la même façon, nous avons constaté au contraire la prédominance des mouvements péristaltiques (1).

Quant à une diminution des sécrétions intestinales chez les animaux éthyroïdés, nous ne croyons pas qu'on puisse l'affirmer dès maintenant.

Il est vrai que les recherches de Marbé citées plus haut la rendraient *a priori* vraisemblable.

Les selles plus molles des témoins de nos premières expériences (où la quantité injectée était seulement de 0 gr. 005 par kilogramme d'animal) semblent plaider dans le même sens.

Mais l'exagération du péristaltisme peut, tout aussi bien, expliquer ce dernier fait, car l'accélération de la traversée intestinale détermine l'élimination de matières dont les parties liquides n'ont pas eu encore le temps d'être absorbées.

Dans les deux cas où nous avons recueilli le contenu de l'intestin grêle, les résultats n'ont pas été concordants.

---

(1) La diminution du péristaltisme chez les animaux éthyroïdés et son exagération sous l'influence du traitement thyroïdien semblent tenir à une action excitante du corps thyroïde sur le système autonome.

De sorte que nous pensons que la question de l'état quantitatif, comme qualitatif d'ailleurs, des sécrétions intestinales dans l'insuffisance thyroïdienne est encore à reprendre.

Quant à l'influence de la pilocarpine sur la sécrétion salivaire, nous avons trouvé six fois sur dix la prédominance de cette sécrétion chez les animaux éthyroïdés.

Une différence si peu importante ne nous permet pas de tirer des conclusions fermes, mais nous rappellerons cependant que Charcot, Morvan, Fournier ont observé de la salivation chez les myxœdémateux et que Horsley observa l'hypertrophie des glandes salivaires après l'extirpation du corps thyroïde chez le singe. Les lobules dilatés étaient devenus translucides et le liquide qui s'écoulait à la coupe était visqueux, les cellules étaient gonflées par une substance rappelant la mucine.

Jeandelize confirma la constatation de Horsley sur un mouton éthyroïdé, bien qu'il soit d'avis que cette infiltration n'est pas constante.

Hofmeister avait également observé l'hypertrophie des glandes sous-maxillaires chez deux lapins éthyroïdés.

Au point de vue clinique, rappelons que Apert a publié l'observation d'un cas de myxœdème fruste avec hypertrophie des glandes salivaires et mammaires, et l'hypertrophie des glandes salivaires se retrouve dans un cas d'infantilisme observé par Jong et Joseph. Or, on connaît les relations de ce dernier syndrome avec l'insuffisance thyroïdienne.

Nous-mêmes avons étudié récemment, dans le service du professeur Obregia, un cas de crétinisme avec hypertrophie des glandes salivaires.

L'état anatomique et fonctionnel des glandes salivaires dans l'insuffisance thyroïdienne mérite d'être poursuivi encore.

Nous avons recueilli la salive qui s'écoulait de la bouche de nos animaux.

Il serait intéressant de recueillir, par une canule introduite dans les canaux excréteurs, la salive de chaque glande (parotide, sous-maxillaire, sous-linguale) en particulier, et étudier non seulement sa quantité, mais ses propriétés chimiques, physiques et physiologiques.

Les expériences que nous venons de relater étant les premières sur ce point, il nous a semblé utile de les faire connaître.

Psychose syphilitique chez un vieillard de 71 ans

Par MM. les docteurs Roger Mignot (médecin-chef)
et Fr. Adam (interne), *à Charenton.*

La contamination syphilitique produit chez un grand nombre de sujets un véritable traumatisme moral : la honte qui s'attache aux maladies vénériennes, le sentiment de l'amoindrissement de la valeur sexuelle, qui en est la conséquence, les préoccupations qu'elle suscite au sujet de l'avenir, sont autant de raisons qui justifient la dépression mentale, d'observation banale dans ces circonstances. La prédisposition psychopathique peut-elle transformer cette réaction normale en un état pathologique qui aboutit à une psychose?

Les auteurs modernes (Régis, Jacquin, Marchand, Jallet) qui ont étudié les rapports existant entre la syphilis et les syphilo-psychoses, tendent à négliger, dans l'étiologie, les influences d'ordre moral, pour tout rapporter aux modifications des humeurs, dépendant de l'infection. Sans pouvoir départager ce qui, dans l'éclosion des syphilo-psychoses, revient à l'état infectieux et au traumatisme moral, nous croyons qu'il est des cas où il faut tenir également compte de ces deux facteurs étiologiques.

Dans l'observation qui va suivre, il semble même qu'il se soit ajouté un appoint toxique médicamenteux : le mercure, qui en général exerce une action favorable sur l'évolution des syphilo-psychoses, a contribué, sans aucun doute, à aggraver l'état morbide.

K..., israélite, appartenant à un milieu aisé, ne présente dans ses antécédents héréditaires et personnels aucune particularité intéressante.

A l'âge de 71 ans, ayant conservé sa puissance sexuelle, il entretenait une jeune maîtresse qui lui transmit la syphilis, en mai 1911.

K... partageait la vie de famille de ses deux frères mariés ; tous trois vivaient sous le même toit, et prenaient leurs repas en commun.

Obéissant à un scrupule louable, il ne crut pas devoir cacher aux siens la maladie qu'il avait contractée, d'autant plus que des accidents secondaires et en particulier des plaques muqueuses buccales s'étant développées, il craignait de contaminer accidentellement quelqu'un de son entourage.

Loin de prendre au sérieux la maladie dont K... était victime, ses frères le félicitèrent de sa verdeur et le taquinèrent quelque peu.

Malgré cette attitude bienveillante des siens, K... se montra tout de suite très affecté de sa maladie et très sensible aux plaisanteries qu'elle provoquait. Bientôt il se considéra comme déshonoré, manifesta des idées de suicide, et déclara qu'il se sentait devenir fou.

L'entourage, inquiet à son tour, procura au malade les plus grands soins. Un syphiligraphe consulté institua un traitement intensif.

La dépression mentale augmentant rapidement, on jugea nécessaire d'enlever le malade à son milieu habituel et K... fut conduit dans une maison privée le 9 juin.

Là, pendant la première quinzaine, il se comporta comme un mélancolique anxieux ; puis il tomba dans la confusion. Pendant ce temps, le médecin traitant continuait les injections de benzoate de mercure. Les troubles mentaux s'aggravant, et l'agitation en particulier augmentant, K... fut amené à Charenton, en juillet 1911, soit trois mois après l'accident primitif. A l'entrée le malade donne l'impression d'un sujet profondément infecté ou intoxiqué ; il est dans un état confusionnel profond, ne répond à aucune question, se roule dans son lit, déchire ses couvertures, et promène sur les personnes qui l'approchent un regard égaré. La température est de 39 degrés ; il existe du reste, à la base du poumon droit, un foyer de congestion. Il n'y a pas d'albumine dans les urines, ni d'hyperlymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien.

En l'absence de lésions syphilitiques, on supprime tout traitement spécifique, et on soumet le malade à un régime de désintoxication. En une quinzaine de jours, l'état physique s'améliore d'une façon remarquable ;en même temps K... se montre plus calme, plus conscient, si bien que le 14 août, il peut se prêter à un examen psychologique complet. A ce moment nous constatons un affaiblissement très marqué des facultés intellectuelles. Si l'attention est facilement excitable, elle ne peut par contre être soutenue. La mémoire est très atteinte pour les faits récents et la localisation exacte des faits passés est impossible. Le sens critique est amoindri, le malade ne se rend compte ni de sa situation ni du milieu dans lequel il se trouve. Il n'existe pas de délire. A tout instant et avec insistance K... parle de sa syphilis, et raconte les circonstances dans lesquelles il a été contaminé. Tout en tenant ces propos, il se montre très affecté, pleure et déclare qu'une pareillle aventure à son âge est ridicule.

Bref, à ce moment, K... est sorti de son état confusionnel, mais il se présente comme un sénile très affaibli.

K... reste ainsi désorienté, amoindri intellectuellement, facilement émotionnable, quelquefois loquace, toujours turbulent la nuit, jusqu'au 15 septembre.

A cette date apparaît une nouvelle efflorescence d'accidents secondaires : la bouche, le prépuce, l'anus sont couverts de nombreuses plaques muqueuses. En raison de l'intensité de ces manifestations, on croit nécessaire de revenir au traitement mercuriel et K... reçoit quotidiennement pendant douze jours un centigramme de benzoate de mercure ; mais en même temps il retombe dans un état confusionnel, qui va en s'accentuant malgré la suppression du mercure ; bientôt apparaît de la congestion pulmonaire et le malade succombe le 30 septembre 1911. Pendant ces derniers troubles les urines contenaient une légère quantité d'albumine.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation présente des particularités intéressantes. Notons tout d'abord l'âge avancé auquel la vérole a été contractée. Comme il est de règle en pareil cas, l'infection a revêtu une gravité toute spéciale.

En second lieu, la syphilis ne s'est pas traduite seulement par des lésions des muqueuses, elle s'est encore accompagnée de troubles mentaux graves.

Comme nous le disions au début, il est difficile de départager l'influence des divers facteurs étiologiques sur le développement de

la psychose, mais en tout cas l'influence du traumatisme moral nous paraît ici indéniable. L'état mélancolique du début a succédé insensiblement à la dépression légitime que devait éprouver un vieillard en pareille circonstance, et il n'en a été que l'exagération pathologique. Le choc émotionnel avait été si violent que nous avons vu le souvenir douloureux persister à l'état d'idée fixe, malgré l'amoindrissement des facultés intellectuelles.

A cette influence morale s'est évidemment ajoutée celle du virus syphilitique, et il semble bien aussi celle de l'intoxication médicamenteuse. Les troubles confusionnels ont, en effet, disparu dès la suppression du mercure, et nous les avons vus se reproduire dès la reprise du traitement. Enfin, comme il arrive souvent chez le vieillard, l'accès confusionnel a déclanché l'apparition de la démence sénile.

Nous croyons donc pouvoir conclure à l'influence du traumatisme mental, résultant de la contamination syphilitique, sur la genèse de cette syphilo-psychose, et à la nécessité, chez le vieillard en particulier, de n'instituer que très prudemment le traitement mercuriel.

Néphrite aiguë avec urémie délirante à forme mélancolique et hyperlymphocytose rachidienne

Par MM. les docteurs Roger Mignot (médecin en chef) *et* Fr. Adam (interne) *à Charenton.*

T..., 45 ans, marié, a eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu, la dernière il y a dix ans. Il ne présente aucun antécédent alcoolique ou syphilitique. Son père est mort au cours d'une démence organique.

T..., au dire de sa femme, a toujours été d'un tempérament névropathique ; son caractère difficile lui a souvent beaucoup nui dans l'existence. Il occupait une place de maître d'hôtel dans une des plus grandes maisons de Paris, quand, à la suite de difficultés dans son service, il fut renvoyé au début de novembre. T... cherche aussitôt une autre place, mais, au cours de ses démarches, il est complètement mouillé par la pluie ; rentré chez lui transi, il se réchauffe difficilement, éprouve des frissons, et est obligé de se coucher. Le lendemain, il se sent très fatigué et souffre beaucoup de la tête et des reins. Un médecin consulté constate que les urines sont très rares, et qu'elles contiennent une grande quantité d'albumine ; il porte le diagnostic de ***néphrite a frigore*** et institue le traitement classique. Malgré les soins, l'état du malade ne s'améliore pas, et, vers le 20 novembre, des troubles mentaux apparaissent ; ils consistent en un état mélancolique avec idées délirantes de ruine, qui poussent le malade à refuser toute alimentation, et finalement s'accompagnent

d'une anxiété très vive et d'idées de suicide. C'est dans ces conditions que le malade est amené à Charenton le 26 novembre 1909.

Au moment où nous le voyons, nous sommes frappés de son mauvais état général ; il a un aspect anémique, exsangue, son teint est blafard et sa figure légèrement bouffie. La température est de 38° 4 ; la langue est sèche et d'un rouge vif, les gencives et les dents sont couvertes de mucosités desséchées et adhérentes. La voix est sourde et la déglutition difficile. Le premier jour, nous ne pouvons obtenir des urines ; elles sont très rares et perdues avec les selles. Le malade, en effet, a de la diarrhée et va quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Il se plaint de la tête et des reins.

T... présente au niveau des coudes et à la face interne des deux genoux des plaies superficielles plus larges qu'une pièce de 5 francs, montrant le derme dénudé, et qui sont la conséquence des frottements continus qu'exerce le malade, dans le paroxysme de son anxiété.

Au point de vue mental, nous notons une légère obnubilation des facultés intellectuelles. T... se rend à peine compte des plaies qu'il a aux coudes et aux genoux, et il est incapable d'en expliquer l'origine. Quand on interroge T..., il émet des idées mélancoliques de culpabilité et de ruine : il n'a pas d'argent, il n'a pas le moyen de se soigner, ni de payer sa nourriture et les médicaments ; il est cause de cette situation ; il fait le malheur des siens ; il vaudrait mieux qu'il meure, etc... Tout en tenant ces propos d'une voix atone, le malade devient anxieux, remue ses draps et frotte ses plaies, sans paraître en souffrir.

Les réflexes rotuliens sont faibles des deux côtés ; les pupilles sont plutôt dilatées ; elles réagissent mal à la lumière et à l'accommodation. Nous prescrivons le régime lacté, des ventouses scarifiées sur les reins, des irrigations, un collutoire boraté, enfin un purgatif. Le troisième jour, nous pouvons avoir quelques centimètres cubes d'urines. Elles contiennent 2 grammes d'albumine par litre. Les jours qui suivent, l'état général s'améliore, le malade ne se plaint plus de la tête ; la muqueuse buccale est enfin humide, la diarrhée cesse. En même temps, les urines redeviennent plus abondantes. Le 10 décembre, on en recueille un litre et demi ; l'albumine diminue et le 16, elle a disparu complètement.

Le 12 décembre, alors que la disparition de l'anxiété le permet, nous pratiquons une ponction lombaire : le liquide céphalo-rachidien examiné après centrifugation montre une hyperlymphocytose pure ; il y a huit à dix éléments par champ.

Dès lors l'état mental s'améliore en même temps que l'état physique ; l'anxiété et l'obnubilation disparaissent les premières ; le malade reste déprimé, triste, préoccupé jusqu'au 13. Le 16, il est redevenu tout à fait normal, mais il n'a pas gardé un souvenir très net des événements survenus pendant la première huitaine de l'accès délirant ; il a perdu en particulier le souvenir de ses idées de suicide et de l'ébauche de tentative qu'il a effectuée. Le 26 décembre, il quitte Charenton complètement guéri.

Depuis, T... nous a donné de ses nouvelles en 1910 et 1911. A cette date, il était à l'exposition de Bombay, où il avait repris son métier ; sa santé était parfaite et ses urines, souvent examinées, ne contenaient pas d'albumine.

En résumé, l'observation que nous venons de rapporter est celle d'un homme de 48 ans qui, brusquement, sous l'influence d'un refroidissement, a présenté les symptômes d'une néphrite aiguë. Après quelques jours sont apparues l'urémie intestinale et l'urémie délirante accompagnées d'hyperlymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. Les troubles mentaux ont suivi l'évolution des accidents rénaux, et ont disparu avec eux.

Nous savons avec quelle réserve il faut admettre la néphrite *a frigore;* mais il nous a bien fallu accepter le diagnostic porté par le médecin habituel du malade, en l'absence de toute autre cause susceptible d'expliquer les accidents rénaux.

T... n'était ni tuberculeux, ni syphilitique, ni scarlatineux. L'existence du coup de froid était indiscutable ; enfin l'absence d'albuminurie, qui s'est maintenue depuis plus de trois ans, permet d'éliminer l'hypothèse d'une poussée de néphrite aiguë au cours d'une sclérose rénale antécédente et méconnue.

Les troubles psychiques au cours des néphrites sont bien connus (voir Régis), mais c'est surtout chez les brightiques qu'ils ont été décrits, et ils se présentent sous la forme de confusion mentale avec délire onirique. Notre malade, bien que légèrement obnubilé au début et amnésique d'une partie de son accès, se comportait plutôt comme un mélancolique avec idées de ruine et de suicide.

Alors que le pronostic des troubles psychiques au cours du brightisme est grave, notre malade a guéri complètement et rapidement.

Une dernière particularité fort intéressante de notre observation est l'existence de la réaction méningée. Chauffard, Mestrezat, Anglade et divers auteurs (1) ont publié des cas d'urémie cérébrale avec leucocytose rachidienne, mais dans tous les cas rapportés, il s'agissait de polynucléose, alors que dans notre observation l'hyperlymphocytose était pure. Il est fort regrettable que la ponction lombaire n'ait pu être faite plus tôt chez notre malade ; nous l'avons pratiquée, en effet, au moment de la régression des accidents ; la formule leucocytaire aurait peut-être été différente au début de l'urémie.

Étant donné le moment où la ponction lombaire a été pratiquée, nous ne saurions lui attribuer l'amélioration qui lui a succédé, et que Vigouroux a pu observer dans des cas analogues.

---

(1) Lépine, Existe-t-il une méningite urémique? *Semaine médicale*, 1907, n° 51, p. 361 ; Chauffard, Urémie aiguë et polynucléose céphalo-rachidienne, *Semaine médicale*, n° 46, p. 541, 1907 ; Caussade et Willette, Urémie convulsive et comateuse, liquide céphalo-rachidien puriforme, *Soc. médic. hôp.*, 20 juillet 1908 ; Mosny et M. Pinard, Urémie aiguë et leucocytose céphalo-rachidienne, *Soc. méd. hôp.*, 11 décembre 1908 ; Villaret et Tixier, Éclampsie puerpérale et leucocytose du liquide céphalo-rachidien, *Gazette des hôpitaux*, n° 139, 1907 ; Mestrezat et Anglada, *Soc. de biologie.*

Sur une variété de pseudo-hallucinations : les auto-représentations aperceptives dans les Délires hallucinatoires chroniques

Par M. Georges Petit

Interne de la Maison de Charenton.

Depuis que Séglas a proposé de désigner sous le nom d'hallucinations psycho-motrices certains phénomènes hallucinatoires étudiés par Baillarger dans sa catégorie des hallucinations psychiques, ce dernier terme semble à peu près tombé en désuétude (1) ; et la tendance actuelle de la majorité des psychiatres français, si l'on en juge par les dénominations employées dans les publications de ces dernières années, paraît être de rattacher à ce nouveau groupe des hallucinations psycho-motrices la totalité des phénomènes décrits par Baillarger dans sa classe des hallucinations psychiques. Cependant Séglas, en exposant les caractères primordiaux de ses hallucinations psycho-motrices, a nettement repoussé cette complète assimilation : il a bien indiqué, au contraire, que si le terme d'hallucinations psycho-motrices pouvait s'appliquer à un certain nombre des hallucinations psychiques de Baillarger, les faits étudiés par cet auteur comprenaient, à côté des hallucinations psycho-motrices proprement dites, des phénomènes tout différents, phénomènes d'ailleurs complexes et variés, n'ayant pour la plupart d'hallucinatoires que le nom, et ne méritant par conséquent nullement l'épithète d'*hallucinations psychiques*, terme équivoque, prêtant à confusion, et qui devrait disparaître, à son avis, de la nomenclature psychiatrique. Développant ces conclusions dans une importante communication au IVe Congrès international de psychologie (Paris, 1900) (2), Séglas a esquissé les modalités les plus communes que pouvaient revêtir ces *pseudo-hallucinations*, comme il les désigne d'après Kandinsky, indiquant en même temps avec quelle complexité se présentent en clinique ces phénomènes parfois si disparates.

L'étude de cette catégorie spéciale de faits semble cependant avoir été assez négligée en France, et il est frappant, bien que la

---

(1) Voir cependant : Marandon de Montyel, les Hallucinations psychiques, in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, mars 1900. — L. Marchand et M. Olivier, Délire chronique par hallucinations psychiques. *Soc. médic.-psych.*, 25 avril 1907.

(2) *Comptes rendus du IVe Congrès international de psychologie*, p. 553-559. Paris, Alcan, 1901.

majorité des auteurs en admettent plus ou moins implicitement l'existence, de constater le peu de place occupée dans les traités classiques ou les publications récentes par la description de ces *pseudo-hallucinations*. La raison de cette défaveur provient peut-être des difficultés que le clinicien rencontre à étudier les modalités de ces phénomènes chez des malades souvent débiles, peu instruits, incapables de fournir un exposé précis et rigoureux des troubles dont ils sont l'objet. Nous avons eu récemment, au cours de recherches entreprises sur les délires chroniques, la bonne fortune de rencontrer plusieurs malades présentant des phénomènes pseudo-hallucinatoires ; le niveau intellectuel relativement élevé de certains d'entre eux, le degré de développement de leurs facultés d'introspection et de self-analyse, leur ont permis de nous donner sur ces phénomènes, à l'aide d'un vocabulaire suffisamment riche et précis, des renseignements qu'il nous a paru intéressant de communiquer.

Voici d'abord, résumées très succinctement, quelques observations de ces malades ; nous avons mis au premier plan la description des pseudo-hallucinations qui nous occupent, en insistant seulement sur les hallucinations, les convictions ou les idées délirantes qui nous ont paru offrir des rapports immédiats avec les précédents phénomènes.

Observation I (résumée). — Mme L..., âgée actuellement de 58 ans, est atteinte depuis une douzaine d'années de délire chronique systématisé primitif survenu à l'époque de la ménopause. Ce délire, basé sur des convictions délirantes de persécution, évolue sans affaiblissement notable du fonds intellectuel et de l'affectivité. Au début, des interprétations délirantes portant sur des faits et des événements réels, notamment sur des troubles somatiques véritables (la malade est atteinte de tuberculose pulmonaire chronique), paraissent avoir dominé le tableau clinique. Actuellement, les interprétations sont encore très fréquentes, mais sont accompagnées, depuis six ans environ, de quelques hallucinations cénesthésiques et génitales ; enfin, nous avons décelé chez cette malade l'existence de multiples *pseudo-hallucinations*. La malade décrit ainsi ces phénomènes : X... (le persécuteur) agit sur son esprit en suscitant chez elle des idées bizarres ou absurdes qu'il présente directement à sa pensée ; il lui donne des désirs, suscite en elle des impulsions à accomplir des actes souvent intempestifs, fait éclore subitement dans son esprit des sentiments de frayeur ou de terreur immotivés, présente à son imagination « comme des souvenirs qu'elle n'a jamais eus ». Le persécuteur, qui use d'hypnotisme et de suggestion, prend ainsi « possession de ma pensée, intérieurement, dans mon cerveau, sans me parler ; il communique avec moi comme un médium..., de pensée à pensée..., il me donne ses idées, ses pensées..., je le sens, j'ai le sentiment que ce n'est pas moi qui pense alors, mais X... ; la pensée n'est plus à moi... il pense dans mon cerveau ». Les images, les idées, les sentiments qui lui sont imposés par la suggestion, dans le but de la rendre folle, ne sont pas siens : « Je ne voudrais pas les penser, d'autant qu'ils sont souvent abominables, et pourtant je les pense malgré ma volonté. »

Observation II (résumée). — Mlle X..., 38 ans, présente depuis six mois un délire mal systématisé de persécution qu'elle développe à l'aide d'interprétations. Outre ce délire, qui ne s'accompagne actuellement d'aucun signe de démence ou de dissociation psychique, la malade accuse des phénomènes d'automatisme représentatif assez particuliers. Le matin principalement (notons que la malade nie tout rêve nocturne), il se présente spontanément à son esprit, raconte Mlle X..., sans qu'elle ait la possibilité de s'opposer à leur apparition, des images, des idées et des sentiments variés qui paraissent étrangers à sa conscience et sans rapports avec ses préoccupations du moment. « C'est l'idée subite que tel jeune homme que j'ai à peine remarqué me recherche pour m'épouser..., c'est tel objet, telle personne, tel événement souvent imaginaire, *à quoi je ne pense pas*, qui se présente tout à coup à ma pensée..., c'est un sentiment de tristesse ou de gaieté, qui m'attriste ou me fait presque rire, sans que j'aie de motifs réels d'être spécialement joyeuse ou triste..., il me semble qu'il y a dans mon esprit une force qui pense malgré moi, sans qu'il me soit possible de l'empêcher..., *c'est comme une machine qui penserait pour moi.* » Il est particulièrement remarquable que la malade qui, d'autre part, est fermement convaincue de la réalité des persécutions dont elle est l'objet, n'interprète pas dans le sens de son délire ces phénomènes d'automatisme représentatif ; elle les considère simplement comme « bizarres » et n'attribue pas leur production à l'influence hostile de ses persécuteurs.

Observation III (très résumée). — Mme C..., 50 ans, atteinte de délire d'interprétation depuis environ quatre ans, fut internée pour une bouffée de délire hallucinatoire aigu avec confusion, qui vint interrompre assez brusquement l'évolution du délire interprétatif primitif. Le délire hallucinatoire s'éteignit progressivement en l'espace de huit mois, sans laisser après lui d'affaiblissement intellectuel ou affectif, et la malade redevenue lucide et raisonnante reprit le développement de son délire interprétatif antérieur, accroissant cependant le thème primitif d'idées délirantes de grandeur en rapport avec le contenu du délire hallucinatoire. Au cours du délire hallucinatoire proprement dit, la malade a présenté de multiples hallucinations visuelles, auditives, cénesthésiques et psycho-motrices qu'elle nous décrivit spontanément, par la suite, avec un grand luxe de détails. Ces hallucinations variées s'accompagnèrent, notamment vers la fin du délire hallucinatoire proprement dit, de pseudo-hallucinations qui persistèrent seules pendant quelques semaines, puis disparurent complètement. La malade a noté très minutieusement et très exactement, nous semble-t-il, les différences remarquées par elle entre les hallucinations véritables et les pseudo-hallucinations. « La transmission très rapide de la pensée, écrit-elle textuellement, et le chaos qui en résultait pour moi en recevant la pensée de trop nombreuses personnes pour qu'il n'y ait pas confusion, a été une de mes principales épreuves au début de mon séjour dans la maison de santé. Quand les pensées qui m'arrivaient correspondaient à mes propres sentiments, elles se précisaient et se développaient, et cela devenait de l'intuition, car je pouvais imaginer que tel ou tel personnage politique, telle ou telle personne que je connaissais, pouvait penser telle ou telle chose et me la transmettre. En somme je distribuais, je crois, la pensée d'un très grand nombre de personnes à un autre grand nombre de personnes, mais cela sans émettre ou recevoir de sons, par la transmission de la pensée. » Elle fait la différence entre ces phénomènes et les hallucinations psycho-motrices : « D'autres fois, on se servait de moi comme phonographe pour transmettre les pensées et je parlais intérieurement ou même avec les lèvres, sans cependant avoir le sentiment de proférer moi-même les paroles. » Mme C... explique cet automatisme par l'action de la transmission de la pensée, s'effectuant sur sa personne grâce à la protection divine : Dieu a aidé ainsi à la mission sociale dont elle se croit investie (interprétation en rapport avec le délire actuel).

Observation IV (trés résumée). — Mlle D..., 32 ans, présente depuis plusieurs années un délire systématisé basé sur des convictions de persécution qu'elle développe à l'aide d'interprétations et de récits imaginatifs très variés : on observe en outre chez cette malade quelques illusions de reconnaissance et surtout de nombreuses pseudo-hallucinations qui constituent véritablement le fonds essentiel du contenu délirant.

La malade est fermement convaincue qu'elle est depuis plusieurs années sous la domination presque continuelle d'un individu qui agit directement sur sa pensée par l'hypnose, la suggestion mentale, la lecture et la transmission de la pensée. Mlle D..., très cultivée et fort instruite, ne présente aucun affaiblissement intellectuel. Nous transcrivons rigoureusement et dans leurs termes propres les renseignements qu'elle a bien voulu nous donner sur les phénomènes dont elle est l'objet, nous efforçant à ce qu'aucune suggestion personnelle n'intervienne de notre part ; nous nous sommes contenté de classer les descriptions de la malade en rapprochant seulement les faits qui nous ont paru à peu près analogues.

« Il (le persécuteur) me donne des images diverses, des images de choses, de gens ou d'événements que je connais déjà ou qui me sont inconnus..., par exemple, l'image d'un paysage que je n'ai jamais vu... quelquefois ce sont des images obscènes ou ordurières... C'est d'autant plus curieux, ajoute la malade, que je n'ai pas d'imagination visuelle, ce qui m'a beaucoup gênée pour le dessin et la peinture... Ce sont des images le plus souvent comme ouatées... je ne les confonds pas avec la réalité comme les illusions de la vue qu'il me donne en rêve... (mais en rêve, je vois avec plus de vigueur, il me donne des images plus nettes). Quelquefois ce sont des images vives, colorées, mobiles, mais cela se passe toujours dans mon esprit, jamais je ne sens cela devant ou autour de moi... *C'est de la suggestion par impression, les sens n'interviennent pas :* c'est analogue aux images de souvenirs, mais de souvenirs qui ne seraient pas mes souvenirs, de souvenirs inconnus de moi... Quelquefois cependant, il refait l'image de ce que je viens de voir. *La parole mentale*, c'est quand il me fait penser des phrases plus ou moins complètes malgré moi... Je n'entends pas le son de sa voix, ni le timbre, mais je fais la différence entre sa cérébralité et la mienne... parfois, je sens mentalement tous les mots, dans l'esprit, mais c'est une simple impression... ce n'est pas tout à fait comme lorsque moi je parle mentalement, c'est une impression par suggestion. C'est comparable à une lecture que l'on ferait, mais les idées de la suggestion, au lieu d'être lues, me sont envoyées directement par la transmission de la pensée. C'est seulement dans les rêves qu'il m'envoie la nuit qu'il me donne des sensations visuelles et auditives... Je ne l'entends pas, je le perçois mentalement. Imaginez un téléphone sans son. — Supposez qu'on lit... C'est comme une lecture sans livre, un langage sans paroles et sans bruit... Il me parle pour ainsi dire sans paroles, c'est le propre de la suggestion... Je n'ai jamais la sensation que quelqu'un parle par ma bouche, cela passe toujours par mon cerveau... Il me donne l'illusion de sentir... des suggestions d'odeurs... quelquefois, c'est à s'y méprendre, mais le plus souvent c'est comme dilué par le brouillard ou comme au bord de la mer, par un grand vent... Ce n'est pas de véritables odeurs que je sens, ce sont des *impressions d'odeurs...* Quand il sent des fleurs, j'en éprouve le charme. Il me donne aussi des impressions vicieuses, génitales, qu'il me fait éprouver en imagination en même temps que lui les éprouve... En imagination, il me donne des impressions de goûts, de saveurs... C'est une sorte de jouissance physique, une sorte de plaisir anormal, nerveux, comme les gourmands quand ils goûtent... Il m'envoie quelquefois des idées musicales, car il est très musicien... C'est d'autant plus bizarre que je n'ai aucune imagination musicale : j'ai toujours été très positive, sans imagination... Il m'envoie des pensées fugaces qui traversent tout à coup mon esprit : à peine ai-je le temps de les apercevoir... c'est comme un bouillonnement de pensées qui s'éteignent

aussitôt... Il me donne des pensées et des idées masculines... D'autres fois, il m'envoie des chocs sentimentaux, des impressions atroces d'attente de je ne sais quoi, qui me laissent angoissée... ou des sensations d'ivresse..., de volupté charnelle satisfaite et béate..., une sensation de lassitude et d'écœurement..., une sensation d'appétit..., quelquefois des ivresses pures, des jouissances intellectuelles... C'est une impression vague, nostalgique, comme quand on lit du Loti... Ça se rapproche des impressions artistes qu'on a devant les tableaux, les paysages... C'est subtil à expliquer... Il me donne des jugements... Il force mon jugement quand je voudrais juger par moi-même... Par la suggestion d'actes, il suscite les actes que je réprouve et que je suis forcé d'accomplir cependant... je fais des gestes fébriles... ma volonté n'est plus à moi... Quelquefois, il pratique la suggestion par amnésie : il vole ma pensée..., il me donne une amnésie des faits... ou une désaffection subite pour mon frère ou ma mère que cependant j'aime tendrement... »

« Au début, ajoute Mlle D..., je croyais que tout cela c'était une affaire de mon cerveau... Je sais depuis longtemps, maintenant, que par la suggestion, il peut substituer sa propre mentalité à la mienne... Je sens sa mentalité propre qui s'impose à la mienne : c'est *l'emprise...* c'est difficile à décrire avec des mots... C'est comme une force qui vous pénètre et vous envahit votre cérébralité... Quand il me refait une impression au cerveau, je sens la force de sa pensée... *C'est comme un cerveau qui vit à la place du mien...* Je pense, grâce à la suggestion, ce que je n'ai pas envie de penser... Dans la lecture de la pensée, je sens qu'il perçoit ce que je pense ; j'ai le sentiment qu'il connaît ma pensée : c'est comme pendant une lecture, lorsqu'on sent que quelqu'un lit en même temps derrière notre dos, sans pourtant l'avoir encore aperçu ou entendu réellement... »

Signalons enfin, et ce point nous paraît particulièrement intéressant, que la malade développe également son délire à l'aide de multiples récits imaginatifs, mais ces créations purement imaginatives ne sont pas, comme dans le cas précédent, attribuées à l'action d'une personnalité étrangère agissant directement ou indirectement sur la mentalité de la malade. Mlle D... incorpore directement à sa personnalité psychique ces créations particulières de son imagination, les fait siennes immédiatement et les affirme d'emblée et sans justification complémentaire comme l'expression rigoureusement exacte de faits personnels.

***

Nous ne voulons pas étendre davantage l'exposé de ces constatations cliniques. Nous aurions pu citer d'autres exemples aussi nettement formulés de cette variété de pseudo-hallucinations ; mais nous n'ignorons pas que ces phénomènes particuliers ont été de tout temps observés par les aliénistes, non seulement depuis Baillarger, mais même avant cet auteur. Il est facile au reste de retrouver des descriptions identiques aux précédentes dans des

observations publiées ces derniers temps (1), car il est courant, si l'on veut user de quelque patience, d'obtenir de bien des malades considérés à tort comme de purs hallucinés, l'exposé plus ou moins précis de ces symptômes particuliers. Nous n'avons donc nullement la prétention de mettre en évidence des signes ignorés ou de chercher à isoler un nouveau syndrome psycho-clinique ; mais, remarquant la diversité des interprétations données de ces phénomènes par les auteurs (qui les considèrent tantôt comme des hallucinations véritables, tantôt comme de simples interprétations, etc.), il nous a paru intéressant de tenter de les différencier des symptômes analogues ou voisins, en analysant plus minutieusement leurs modalités et en indiquant les caractères qui les rapprochent des hallucinations et des autres pseudo-hallucinations ou les séparent de celles-ci ; nous avons essayé enfin de donner de cette catégorie de pseudo-hallucinations — que l'on pourrait grouper sous une même rubrique — une explication pathogénique qui puisse rendre compte de leur formule psychologique assez particulière et des liens qui les unissent aux hallucinations ou aux phénomènes pseudo-hallucinatoires voisins.



Il nous semble tout d'abord possible de distinguer, parmi les diverses pseudo-hallucinations dont nous venons de donner ci-dessus des exemples, trois catégories de phénomènes, différents par le contenu des représentations mentales (2).

1° Des représentations mentales automatiques consistant en *images sensorielles, motrices simples ou cénesthésiques*, auxquelles le sujet attribue une origine indépendante de sa personnalité psychique, sans qu'il fasse intervenir cependant un élément sensoriel, moteur simple ou cénesthésique *objectif ;*

2° Des représentations mentales automatiques portant uniquement sur des *idées formulées verbalement* auxquelles le sujet

---

(1) Lévy-Valensi et Lerat, *Société de psychiatrie*, 22 février 1909. — Raymond et Janet, Un cas de délire systématique à la suite de pratiques spirites, *Soc. de psychologie*, 18 mars 1909. — Deny et Blondel, Débilité mentale et délire d'interprétation, *Soc. de psychiatrie*, 21 octobre 1909. — G. Maillard et Lévy-Darras, Un cas de délire d'interprétation, Délire d'influence télépathique, *Soc. de psychiatrie*, 20 octobre 1910. — Trénel, Hallucination obsédante et obsession hallucinatoire. *Soc. clinique de méd. mentale*, 17 mai 1909.

(2) Nous prenons ce terme de représentation mentale dans le sens habituel très général de fait représentatif, c'est-à-dire « ce qui est dans l'esprit à titre d'*objet* pensé », le fait représentatif pouvant consister aussi bien en états affectifs proprement dits qu'en images ou concepts.

attribue également une origine indépendante de sa personnalité psychique, sans qu'il accuse cependant l'existence simultanée d'un élément moteur périphérique ou central, non constatable d'autre part, par l'examen clinique objectif ;

3° Des représentations mentales automatiques consistant en *idées particulières ou générales*, en *tendances* ou en *volitions* plus ou moins complexes, en *sentiments* plus ou moins précis ou plus ou moins vagues, *non rattachés au moi* par le sujet qui les considère comme des *faits psychiques étrangers à sa propre personnalité.*

Ces diverses catégories de représentations mentales, qui peuvent être simples ou complexes, vives ou ternes, stables ou fugitives, présentent en commun les caractères suivants :

1° D'être *automatiques*, c'est-à-dire de surgir spontanément et involontairement dans la conscience du sujet qui ne peut ni s'opposer à leur production, ni les modifier, ni les faire disparaître ou les éloigner du champ de sa conscience ;

2° De s'imposer au malade *directement*, en tant que *phénomènes subjectifs immédiats*, le sujet niant, pour expliquer leur apparition, toute intervention d'éléments sensoriels, moteurs ou cœnesthésiques intermédiaires interposés entre le monde extérieur et sa conscience. *Ces représentations manquent donc d'un des attributs de la perception externe, la sensation; elles sont aperçues immédiatement dans sa conscience par le sujet.* C'est dans ce sens que nous entendons que ces représentations sont *aperceptives* (1) ;

3° D'être considérées par le sujet, bien qu'elles manquent de toute spécificité sensorielle, motrice ou cœnesthésique, comme des créations *exogènes*, étrangères par leur origine à son moi conscient et créateur.

Ces représentations mentales possèdent donc en commun ce triple caractère d'être considérées par le sujet comme *automatiques*, *aperceptives* et *exogènes.* On pourrait les désigner sous la dénomination assez longue de représentations mentales automatiques, aperceptives, exogènes ; pour plus de brièveté, nous les appellerons simplement *autoreprésentations aperceptives.*

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous avons adopté cette dernière dénomination à cause de sa brièveté synthétique et que

(1) Le terme d'aperception a été compris par les philosophes dans des acceptions assez diverses. Nous entendons seulement indiquer par cette dénomination d'*aperceptive* que les représentations que nous envisageons ici manquent des caractères de la perception externe. C'est dans ce sens que Kahlbaum a désigné sous le nom d'*hallucinations aperceptives* des phénomènes pseudo-hallucinatoires analogues à quelques-uns de ceux que nous décrivons ici.

nous n'avons jamais eu la prétention d'enrichir encore d'un néologisme la terminologie psychiatrique déjà si étendue. Peu nous importe le qualificatif appliqué aux phénomènes que nous envisageons ici, si l'on veut bien admettre l'opinion de Séglas rapportée plus haut et rejeter le terme équivoque et trop extensif d'hallucinations psychiques.

***

Il nous reste maintenant à différencier le plus exactement possible, par leurs modalités psycho-cliniques, les autoreprésentations aperceptives d'autres phénomènes morbides voisins présentant avec celles-ci des analogies et des rapports que nous indiquerons d'ailleurs au passage : les représentations mentales simples, normales et pathologiques, les obsessions et les impulsions, les idées autochtones, certains phénomènes imaginatifs ou interprétatifs, enfin les hallucinations sensorielles, cœnesthésiques, motrices simples et motrices verbales.

a) *Diagnostic avec les représentations mentales simples, normales et pathologiques.* — Nous n'insisterons pas sur les différences qui séparent les autoreprésentations aperceptives de représentations mentales simples habituelles : si les deux phénomènes manquent également du caractère d'objectivité, les attributs d'automatisme, d'incoercibilité, d'irréductibilité au moi des premières s'opposent nettement au déterminisme conscient, à la coercibilité volontaire, à l'entière assimilation au moi créateur qui accompagnent la genèse des secondes.

On peut observer cependant, chez des sujets considérés comme normaux, dans certains états de distraction mentale ou d'attention forte, des représentations mentales plus ou moins variées qui paraissent surgir spontanément, involontairement et automatiquement dans la conscience du sujet : tels sont, par exemple, les phénomènes décrits par certains écrivains et poètes sous le nom d'inspiration ou d'intuition. Mais, malgré leur caractère d'apparente spontanéité, ces représentations mentales ne peuvent manquer d'être considérées par le sujet normal comme des créations purement subjectives de son esprit, différentes seulement de ses représentations habituelles en ce que les premières semblent apparaître dans sa conscience, sans être accompagnées par les phénomènes associatifs habituels. On sait d'ailleurs, bien que le fait n'arrive pas toujours à la pleine conscience, que ces représentations affectent le plus souvent des rapports plus ou moins immédiats avec les préoccupations actuelles du sujet et que par l'analyse introspec-

tive, il est souvent possible de rendre compte des associations plus ou moins conscientes qui amenèrent ces représentations en apparence seulement spontanées. D'ailleurs, le sujet a prise immédiate sur les images ou les idées qu'elles renferment : il les fait siennes aussitôt, les incorpore à sa personnalité psychique et peut d'ailleurs à son gré les modifier, les développer ou au contraire les chasser de sa conscience. Cette action plus ou moins immédiate du sujet sur les représentations normales nous semble un caractère distinctif suffisant pour permettre de séparer ces premiers faits des autoreprésentations aperceptives, lesquelles ne peuvent être ni modifiées, ni écartées, ni rattachées ou rapportées au moi par le sujet qui les subit.

Au cours de certains états psycho-pathologiques, notamment au cours des accès mélancoliques, l'automatisme cérébral peut se manifester par des représentations mentales simples, non objectivées ; ces dernières, qui ne répondent pas à notre catégorie particulière de pseudo-hallucinations, diffèrent seulement en effet des représentations mentales habituelles par la couleur de leur contenu en rapport ordinaire avec les idées délirantes, leur monotonie et leur fixité. Mais, de même qu'il est fréquent d'observer le passage de ces représentations proprement dites à la représentation obsédante ou à l'hallucination vraie, nous avons observé de même la transformation de ces représentations simples en autoreprésentations aperceptives, ces dernières pouvant elles-mêmes par la suite acquérir les caractères de la perception externe et se transformer en hallucinations véritables. Étant donnés d'ailleurs la concentration idéative et le rétrécissement du champ psychique habituels chez ces malades, le diagnostic différentiel entre ces divers phénomènes voisins est souvent malaisé.

b) *Diagnostic avec les obsessions, les impulsions et les idées autochtones.* — Les images et idées obsédantes et les impulsions possèdent des caractères de spontanéité, d'automatisme et d'incoercibilité qui les rapprochent des autoreprésentations aperceptives. Mais, en outre des facteurs émotionnels qui les conditionnent ou les accompagnent, elles sont considérées par le sujet comme des manifestations (pathologiques ou anormales, il est vrai) de son activité psychique propre, et leur origine est rapportée par le malade à sa propre personnalité.

Cependant, comme l'ont établi des travaux récents, l'obsession et l'impulsion peuvent se dépouiller de leurs caractères émotionnels primitifs, et même ne plus être rapportées au moi par le malade qui attribue souvent alors l'origine de ses troubles à une influence

psychique étrangère à sa personnalité. Mais l'obsession, ainsi défigurée, ne répond plus à sa définition qui en fait, comme l'ont dit Pitres et Régis, « un syndrome de la sphère émotive ». Elle est devenue, ainsi transformée, un phénomène tout différent et qui nous paraît tout à fait assimilable aux faits que nous avons groupés sous la dénomination d'autoreprésentations aperceptives ; de ces phénomènes, elle possède, en effet, à la fois les caractères d'automatisme et d'aperceptivité, et le caractère de non-attribution au moi parfois expliqué par le malade à l'aide d'un jugement complémentaire motivé par sa croyance en une influence extérieure agissant directement sur sa mentalité (*idée d'influence psychique*). Les *idées autochtones* de Wernicke nous paraissent entièrement rentrer dans cette catégorie de faits.

On sait d'ailleurs, et nous n'insisterons pas sur ce point étranger à notre travail, que l'obsession et l'impulsion peuvent se transformer, non seulement en idées autochtones, mais aussi en représentations nettement objectivées, en perceptions hallucinatoires (hallucinations vraies, hallucinations représentatives de Pitres et Régis, obsessions hallucinatoires, hallucinations obsédantes).

c) *Diagnostic avec certains phénomènes imaginatifs et interprétatifs.* — On a décrit sous le nom d'hallucinations de la mémoire, de pseudo-hallucinations, d'hallucinations paramnésiques, des phénomènes complexes et disparates qui paraissent par leur mécanisme originel plus proches des créations imaginatives et interprétatives pathologiques que des processus hallucinatoires proprement dits. Tels sont, par exemple, ces rêveries à l'état de veille et ces soliloques animés, ces récits accompagnés d'une mimique plus ou moins vive faits par certains malades et ayant trait à des événements ou à des conversations actuelles ou rétrospectives, le malade imaginant se trouver dans telle ou telle situation fictive et se livrant aux monologues, aux conversations ou même aux ébauches d'actes appropriés à ce milieu imaginaire (Hagen, Séglas). Il semble bien que dans ces cas, comme l'indiquent Dupré et Logre, on ait affaire à un mécanisme pathogénique exclusivement imaginatif (imagination créatrice ou reproductrice, fabulation extemporanée ou rétrospective, phénomènes ecmnésiques ou de paramnésie) qui aboutit, sous forme de constructions psychologiques plus ou moins coordonnées, à l'affirmation, sans justifications complémentaires, de croyances dues à l'irréductibilité des phénomènes d'automatisme imaginatif. En effet, contrairement à ce qui a lieu pour les autoreprésentations aperceptives, l'imaginatif exprime des idées ou rend compte d'images qu'il considère comme

siennes, comme issues, d'une façon plus ou moins tacite, il est vrai, de son moi créateur : bien loin d'attribuer à ces productions imaginatives une origine exogène, le sujet les affirme d'emblée, directement et par ses réactions, comme des produits endogènes de son esprit. Ainsi, et bien qu'il paraisse évident que dans toute représentation mentale automatique interviennent des facteurs imaginatifs, il semble cependant que les autoreprésentations aperceptives se différencient suffisamment des créations imaginatives proprement dites par ce fait que, dans le premier cas, le sujet affirme que ces représentations subjectives immédiates sont étrangères à sa personnalité psychique, à son moi, alors que dans le second cas, il les incorpore directement à son psychisme créateur.

Plus difficile nous paraît la distinction entre les autoreprésentations aperceptives et certains phénomènes interprétatifs, surtout quand ces interprétations accompagnent les autoreprésentations et se combinent avec celles-ci. On pourrait objecter aussitôt, il est vrai, qu'il n'est pour ainsi dire pas de phénomènes psychologiques un peu complexes (telles les autoreprésentations et les hallucinations) où n'interviennent à quelque degré des interprétations ; et dans le cas présent, il est évident que le fait, pour nos malades, de considérer comme étrangères à leur moi les représentations spontanées que nous désignons sous le nom d'autoreprésentations aperceptives constitue au premier chef une interprétation délirante. Mais cette interprétation délirante nous semble d'une modalité assez particulière et comparable par exemple au jugement tout aussi arbitraire au premier abord, que porte l'halluciné attribuant à tel organe sensoriel la perception de telle de ses images mentales. Dans ces deux cas cependant, le caractère spécial et toujours identique de cette interprétation s'ajoute au phénomène proprement dit, en fait pour ainsi dire partie intégrante, puisqu'il sert à en exprimer les modalités particulières et à la différencier des symptômes voisins. Ce n'est point, en tout cas, ce caractère tout à fait spécial de non-attribution au moi des phénomènes représentatifs que nous voulons envisager ici, mais les autres interprétations plus ou moins complexes et plus ou moins actives qui accompagnent ou suivent le phénomène propre de l'autoreprésentation aperceptive. Une de nos malades, par exemple, présente un délire chronique assez complexe où dominent les idées de persécution et de grandeur mystique, et qui semble développé uniquement à l'aide d'interprétations de souvenirs réels ou de faits et d'événements actuels. Mais, après examen attentif, on peut se convaincre, lorsque cette malade veut bien consentir à expliquer ce qu'elle entend par « in-

fluences », qu'elle désigne ainsi certains sentiments ou certaines émotions, agréables ou désagréables, dont elle attribue la subite éclosion en son esprit aux influences célestes qui la protègent et l'avertissent, en la mettant ainsi, sans paroles réelles, au courant des événements intéressants. Tel événement, en apparence insignifiant, se produit-il alors qu'elle subit une de ces influences purement affectives, elle en conclut que la divinité l'avertit que ce fait a pour elle une valeur, réelle ou symbolique, et qu'il joue un rôle plus ou moins important dans le développement de ses croyances ; elle échafaude alors, secondairement, des interprétations plus ou moins ingénieuses, afin de justifier l'importance ou l'intérêt du fait qu' « on lui a fait sentir », dit-elle, avant qu'elle le comprenne et l'incorpore à son système. Ainsi, nous voyons dans ces cas que les autoreprésentations du troisième groupe peuvent être dissimulées ou masquées par la complexité et la multiplicité d'interprétations, en réalité secondaires, que la malade expose d'ailleurs de préférence pour justifier ses conceptions morbides.

d) *Diagnostic avec les hallucinations proprement dites.* — On définit habituellement l'hallucination, d'après la formule de Ball, une perception sans objet ; et il est classique d'admettre qu'il n'existe pour le malade, dans la plupart des cas, aucune différence entre la perception vraie et la perception hallucinatoire, l'objet extérieur seul faisant défaut dans ce dernier cas. Ce qui paraît donc essentiellement caractériser l'hallucination véritable, ce sont les qualités de perception externe que les malades lui attribuent. Bien que la perception externe soit, on le sait actuellement, un phénomène très complexe et qu'à la sensation ou aux sensations proprement dites qui paraissent la déclancher, se joignent et se combinent diversement des éléments moteurs, idéatifs et affectifs variés, il est nécessaire pour qu'il y ait perception vraie, aussi bien par définition que perception hallucinatoire, que l'élément ou les éléments sensoriels soient affirmés et objectivés par le sujet ; et c'est dans ce sens que Binet définissait l'hallucination une « erreur sensorielle pathologique », que Janet l'a appelée « une forme strictement sensorielle de la conscience ».

Or, par définition, dans les autoreprésenations aperceptives, cet élément sensoriel ou sensitif fait défaut. Le sujet affirme que son esprit reçoit *directement* des *créations subjectives* qui lui sont étrangères, et nie absolument l'interposition entre son esprit et le monde extérieur d'éléments sensoriels intermédiaires. Certes, les qualités spéciales d'automatisme, d'incoercibilité, d'irréducti-

bilité au moi se retrouvent dans les caractères des hallucinations comme dans ceux des autoreprésentations aperceptives ; de même le jugement que porte le malade sur l'origine première des deux phénomènes, attribués l'un et l'autre à l'action d'une personnalité étrangère, est à peu près identique dans les deux cas. Mais le sujet dénie tout caractère sensoriel aux autoreprésentations aperceptives qui, manquant ainsi des attributs sensoriels nécessaires pour qu'il y ait perception extérieure proprement dite, ne sauraient rentrer dans la catégorie des hallucinations proprement dites, perceptions sans objet. Les autoreprésentations aperceptives ne sont donc pas des hallucinations au sens classique de ce mot : ce sont des pseudo-hallucinations.

On pourrait objecter cependant que la définition classique de l'hallucination, perception sans objet, est assez discutée par certains auteurs. Ceux-ci font remarquer que, dans la réalité et si l'on apporte quelque attention à l'analyse de ces phénomènes, il est relativement rare d'observer des malades hallucinés (suffisamment lucides pour rendre compte des phénomènes qu'ils présentent) assimiler entièrement leurs hallucinations à des perceptions véritables : le plus souvent, au contraire, les malades établissent eux-mêmes une distinction entre les perceptions vraies et les perceptions hallucinatoires, faisant par exemple la différence entre leurs « voix » fictives et les sons vocaux réellement entendus et perçus ; d'autres hallucinés établissent de même plus ou moins implicitement cette distinction, bien que les formules employées par eux pour désigner ces phénomènes prêtent à équivoque ; c'est ainsi, ajoutent ces mêmes auteurs, qu'il est souvent difficile de faire préciser aux malades les caractères de leurs hallucinations, qu'ils exposent et tentent d'expliquer en termes ambigus, obscurs et imprécis, selon le niveau de leur instruction, les ressources de leur langage, le degré de leurs préoccupations morbides ou simplement en raison de leur inaptitude habituelle à toute analyse psychologique, même rudimentaire ; le plus ordinairement, les malades indiquent seulement que les représentations automatiques qui apparaissent dans le champ de leur conscience sont étrangères à leur personnalité psychique, et les explications qu'ils fournissent sur le mode de perception de ces représentations manquent de toute précision analytique : ils les sentent, les perçoivent, les entendent, etc..., disent-ils, assez indifféremment et selon les suggestions de l'interrogatoire. Ainsi, ajoutent ces auteurs, les divisions habituelles des hallucinations auraient un caractère un peu fictif, plus dogmatique que clinique, et ce ne serait qu'à l'aide

d'artifices purement verbaux que des classificateurs trop systématiques viendraient séparer, en se basant sur l'existence ou l'absence des attributs de la perception externe, l'hallucination proprement dite et la pseudo-hallucination, qui manqueraient en réalité, l'une et l'autre, de ces attributs.

Il est évidemment impossible de nier que l'hallucination échappe trop souvent à toute description précise, de la part de malades confus, indifférents, inattentifs, réticents ou incompréhensifs. Fréquemment, on ne peut obtenir des hallucinés l'analyse minutieuse des phénomènes dont ils sont l'objet et dont ils saisissent mal les modalités. D'autre part, il est fort difficile d'éviter que des malades trop dociles ne cèdent parfois aux suggestions faciles d'interrogatoires trop précis ou trop tendancieux. On est obligé enfin de constater, dans certains cas, la valeur toute relative des allégations des malades au sujet de leurs hallucinations, et d'admettre qu'évidemment les caractères qu'ils assignent à ces pseudo-perceptions sont assez éloignés de la précision qu'on devrait attendre de sujets *ayant perçu* réellement. Mais en dehors de ces exemples qui sont loin de constituer la généralité des cas, comme l'admettent les auteurs précédents, il semble qu'il existe véritablement des hallucinés pour lesquels les représentations automatiques sont très comparables, sinon entièrement assimilables, à la perception extérieure, d'autres malades qui, pour des représentations à caractères exogènes à peu près identiques, nient toute participation sensorielle, enfin des malades qui présentent successivement ou simultanément les deux ordres de phénomènes et les distinguent spontanément les uns des autres. Ce dernier fait nous paraît à lui seul suffisant pour établir que la discrimination entre les hallucinations véritables et les pseudo-hallucinations n'est point uniquement œuvre imaginative d'analystes trop systématiques, mais répond réellement, sinon à une base organique, tout au moins à une réalité clinique objective.

Cette distinction entre les hallucinations proprement dites et les pseudo-hallucinations particulières dont nous nous occupons ici nous paraissant justifiée dans son ensemble, on doit reconnaître qu'il existe assez fréquemment des formes intermédiaires ou de transition pour lesquelles le diagnostic différentiel sera souvent fort malaisé. D'ailleurs, nous avons déjà indiqué la transformation fréquente des pseudo-hallucinations en hallucinations véritables. Comme nous l'avons noté plus haut, les qualités de self-analyse et d'introspection du malade nous permettent seules d'apprécier les modalités des phénomènes par les descriptions que

nous en donne le sujet. S'il est habituellement possible d'obtenir des malades l'affirmation ou la négation assez nette des caractères sensoriels ou cénesthésiques de la représentation automatique, la distinction entre les autoreprésentations du deuxième groupe et les hallucinations psycho-motrices nous a paru plus difficile à faire préciser (on conçoit d'ailleurs que la connaissance du langage inté rieur soit assez rudimentaire chez la plupart de nos malades). Cependant, l'existence de ces autoreprésentations motrices verbales aperceptives ne doit pas être rejetée *a priori;* Séglas a fait à ce sujet les constatations suivantes : « Dans les cas où ces phénomènes (les hallucinations verbales motrices) ne sont pas apparents, il faut remarquer qu'ils peuvent exister cependant sans que l'état mental du sujet permette de les constater, ou *qu'ils restent peut-être à l'état faible de simples représentations mentales, auditives ou motrices, associées ou non, sans aller jusqu'à l'hallucination vraie* (1). »

Enfin, notons que l'existence des autoreprésentations aperceptives du troisième groupe, qui portent sur des concepts, des tendances, des volitions ou des sentiments, sans accompagnement de formules verbales précises pour les exprimer, se rattache au problème de la pensée distincte de l'image ; nous ne saurions insister ici sur ce point trop particulier.



Pour compléter le côté jusqu'ici exclusivement clinique de cette étude d'ailleurs succincte, il serait utile d'examiner maintenant sur quelle base fonctionnelle et anatomique pourrait reposer l'existence des autoreprésentations aperceptives. Mais on sait de quelles obscurités sont encore entourées la pathologie de l'hallucination proprement dite et l'anatomie pathologique des lésions qui la conditionnent. Les théories qui assimilaient l'hallucination à une épilepsie corticale d'un centre sensoriel ou moteur (verbal ou graphique) paraissent cependant actuellement céder la place à des hypothèses moins simplistes et plus compréhensives. On semble de plus en plus admettre que, de même que la perception externe à laquelle elle est comparable sinon complètement assimilable, l'hallucination met en jeu des processus psychiques extrêmement complexes. La simple excitation de centres sensoriels verbo-auditifs,

(1) Séglas, *Progrès médical*, 1888, n° 4, cité par Séglas *in* Communic. IV[e] Congrès, *supra cit.*

par exemple, mettant en jeu les images verbo-auditives de ce centre, paraît difficilement rendre compte de ce complexus idéo-affectif que constitue l'audition hallucinatoire d'un mot ou d'une phrase ayant pour le sujet une signification si particulière. Et s'il est vraisemblable que l'excitation d'une sphère sensorielle prédominante vient donner au processus idéo-affectif les caractères sensoriels qui en font par définition une hallucination, il est très probable que la corticalité psychique tout entière intervient dans le phénomène total associatif de l'hallucination différenciée. C'est dans ce sens qu'on peut dire avec Baillarger que *l'hallucination est un phénomène psycho-sensoriel.*

On pourrait admettre alors avec quelque vraisemblance, et c'est, d'ailleurs, l'hypothèse implicitement admise par Baillarger, que, dans le cas des autoreprésentations aperceptives, le phénomène d'automatisme idéo-affectif reste localisé aux systèmes proprement psychiques, idéo-affectifs du cortex, sans refluer jusqu'aux centres de la sensibilité ou de la motricité verbale ou graphique ; la représentation automatique resterait alors dépourvue de tout caractère sensoriel, cœnesthésique ou moteur, et le malade, tout en lui attribuant une origine exogène, étrangère à son « moi », lui dénierait cependant les qualités de *spécificité sensorielle* qui sont indispensables pour qu'il y ait croyance en une perception externe. Il n'y aurait donc pas alors hallucination, mais simplement pseudo-hallucination.

La seule difficulté serait alors d'expliquer pour quelles raisons toute représentation automatique aperceptive n'a pas pour le malade les caractères exogènes, étrangers au moi, de l'autoreprésentation aperceptive que nous envisageons ici, pourquoi, par exemple, dans les délires imaginatifs ou de croyance, le sujet incorpore à sa personnalité et fait siennes les créations automatiques de son imagination, alors que dans nos exemples il les considère comme étrangères et les attribue à une influence extérieure. Mais c'est là une question très complexe qu'il serait trop long de discuter ici.

***

Nous voudrions seulement, en terminant cet exposé que nous nous proposons de développer ultérieurement dans un travail plus étendu, indiquer maintenant les caractères particuliers qu'impriment aux états psychopathiques et notamment aux syndromes délirants chroniques l'existence des autoreprésentations aperceptives. D'une manière très générale, on peut observer ces pseudo-hallucinations

particulières dans toutes les affections psychiques où, le pouvoir de synthèse ayant diminué, il se produit, comme l'ont bien montré Toulouse et Mignard, des troubles de l'autoconduction ; à la faveur de cette défaillance des fonctions supérieures de coordination et de réduction, s'établit la prédominance d'un automatisme psychique général ou partiel (Baillarger, Janet) qui vient imposer à la conscience du malade de nouvelles synthèses idéo-affectives ou représentatives, écloses peut-être dans le subconscient du sujet, et que ce dernier ne peut ni arrêter, ni réduire. Les autoreprésentations aperceptives ne constituent qu'une modalité particulière de cet automatisme mental irréductible. On conçoit donc que nous ayons pu les observer, combinées ou non à des hallucinations véritables ou à d'autres phénomènes d'automatisme, dans les états mélancoliques ou maniaques idiopathiques ou périodiques, au cours ou au décours d'accès confusionnels, au début de la démence précoce et dans les formes paranoïdes de cette affection, enfin dans certains syndromes ressortissant plus directement à la dégénérescence mentale, comme H. Meuriot (1) l'a déjà remarqué. Mais notre étude a porté principalement sur les états psychopathiques où domine au premier plan un système délirant plus ou moins coordonné, sur ces délires chroniques quelquefois systématisés, accompagnés ou non d'hallucinations véritables, que les classifications nosologiques récentes placent, en tant que formes intermédiaires, combinées ou de transition, entre la paranoïa (comprise dans le sens actuel de ce mot) et la démence paranoïde. La prédominance des autoreprésentations aperceptives dans ces formes morbides donne aux idées délirantes exprimées par le malade des caractères assez particuliers, une couleur et un cachet assez spécial, qui n'a pas échappé d'ailleurs à l'observation de certains auteurs. C'est ainsi que la plupart des délires désignés sous les dénominations diverses de *délires par hallucinations psychiques*, *délires d'influence*, *délires spirites*, *délires d'influence hypnotique*, *délires de médiumnité*, *délires télépathiques*, *délires de la fascination hypnotique* (2), que les auteurs ont parfois rattachés, soit au délire d'interprétation, soit aux délires hallucinatoires, soit même à la démence précoce, paraissent ressortir à la catégorie de faits que nous envisageons ici. Dans la description de leurs symptômes, on y peut retrouver, en effet, très fréquemment et parfois très nettement mis en lumière, bien que diversement qua-

---

(1) H. Meuriot, *Des hallucinations des obsédés* (pseudo-hallucinations). Th. Paris, n° 516, 21 juillet 1903.

(2) Bekterew, Du délire de la fascination hypnotique. *Assoc. scient. des méd. de la clin. ment. et nerv. de Saint-Pétersbourg*, 30 août 1905.

lifiés, les phénomènes pseudo-hallucinatoires que nous avons étudiés ci-dessus : les autoreprésentations aperceptives s'y rencontrent seules (ce qui constitue cependant une rareté, cependant observée) ou diversement combinées à des hallucinations proprement dites, à des phénomènes imaginatifs ou interprétatifs variés occupant un plan plus secondaire. Remarquons aussi combien parfois apparaissent différentes, au cours de ces délires d'influence de forme si particulière, les interprétations secondaires données par les malades de ces phénomènes d'automatisme aperceptif. Au début, le sujet peut avoir une certaine conscience de son automatisme mental, le considérer même comme un fait pathologique (observ. IV) ou le constater simplement sans l'interpréter (observ. II). Mais le plus ordinairement, sous l'influence d'une conviction délirante de persécution qui, on le sait, peut précéder l'apparition des autoreprésentations aperceptives, de même qu'elle peut précéder l'hallucination, le sujet attribue à l'action d'une influence extérieure, le plus souvent hostile, la genèse de ses représentations automatiques : il peut les considérer alors, soit comme siennes (mais dans ce cas, une influence extérieure le fait penser, malgré lui, ou l'empêche de penser), soit comme étrangères totalement à son psychisme (on lui envoie des pensées qui ne sont pas les siennes, on substitue une pensée étrangère à la sienne propre) ; enfin, comme l'a fait observer Marandon de Montyel (1), le malade peut aboutir à un véritable dédoublement de sa personnalité psychique, à un *délire de possession psychique.*

Dans la grande majorité des cas, par conséquent, la conviction morbide associée au phénomène de l'autoreprésentation aperceptive consiste en une *croyance à une influence psychique extérieure agissant directement sur le psychisme du sujet;* dans ce sens, on pourrait appeler les délires où prédominent les autoreprésentations aperceptives des *délires d'influence psychique*, les opposant ainsi, dans un simple but d'analyse et de précision psychologique et sans préjuger en rien de leur place dans la nosologie, aux *délires d'influence somatiques* (sensoriels, cénesthésiques ou moteurs) avec lesquels ils peuvent, d'ailleurs, diversement se combiner.

---

(1) Marandon de Montyel, *les Hallucinations psychiques* (*loc. cit.*)

Intermissions et périodicité à la phase initiale d'un Délire hallucinatoire chronique

Par M. Georges Petit

Interne de la Maison de Charenton.

Il n'est pas absolument rare d'observer, au début ou au cours des délires de persécution hallucinatoires chroniques, des rémissions et même de véritables intermissions plus ou moins prolongées : ces atténuations ou ces interruptions dans l'évolution des idées délirantes se produisent principalement, comme l'ont indiqué Magnan et son école, chez les sujets présentant les stigmates de la dégénérescence mentale.

Séglas, Gilbert-Ballet, Arnaud, Régis et son élève Lalanne, ont bien montré que, chez certains malades de cette catégorie, le début du délire de persécution hallucinatoire chronique pouvait offrir une physionomie assez particulière : une phrase initiale de délire mélancolique, pur ou associé à des idées de persécution n'occupant qu'un plan effacé ou secondaire, précéderait alors pendant plus ou moins longtemps l'éclosion du délire de persécution hallucinatoire chronique proprement dit (persécutés mélancoliques ; mélancoliques persécutés).

Durant cette période initiale où prédominent les idées et les réactions mélancoliques, il peut survenir, dans certains cas — que les recherches faites dans les auteurs nous ont montrés assez rares — des intermissions, assez nombreuses et assez prolongées pour donner à la psychose des caractères d'intermittence et de périodicité qui contribuent à égarer le diagnostic et conséquemment le pronostic de l'affection mentale. L'observation suivante, qu'il nous a été permis de relever dans le service de notre maître M. le Dr Marchand, médecin en chef de la maison de Charenton, nous a paru, à cet égard, assez typique.

Il s'agit d'une malade, actuellement âgée de 51 ans, entrée en octobre dernier à Charenton avec le certificat suivant : « Délire de persécution, hallucinations auditives, idées de suicide. »

Ses antécédents héréditaires et collatéraux sont fort chargés au point de vue névropathique et vésanique : le père de la malade, déséquilibré et instable, a fait deux tentatives de suicide ; une sœur a présenté des crises hystériques dans sa jeunesse ; une autre sœur se livre à des pratiques religieuses manifestement anormales.

La malade, chez laquelle on relève de multiples stigmates somatiques de dégénérescence (asymétrie faciale, prognathisme accentué, voûte palatine

ogivale, etc...), n'aurait, au dire de sa famille, offert rien de particulier au point de vue pathologique avant l'année 1898 : de caractère doux et égal, serviable et affectueuse pour les siens, elle aidait avec intelligence son mari dans les affaires de son commerce.

En août 1898, sans cause appréciable par l'entourage, sans qu'on ait pu incriminer des excès antérieurs, un choc émotionnel ou une maladie somatique déterminée, Mme X... devient sombre, inquiète, triste et cesse tout travail ; elle exprime des préoccupations hypocondriaques et des idées mélancoliques, craint pour sa vie et celle de ses enfants, se convainc, à l'aide d'interprétations, qu'elle est menacée par des ennemis imaginaires et fait enfin une tentative de suicide qui motive son internement. A l'asile, on note la prédominance de l'état mélancolique : Mme X... présente des idées de suicide, de la sitiophobie, émet quelques craintes vagues au sujet de persécutions dont elle serait l'objet ainsi que sa famille ; on n'observe point d'hallucinations auditives nettes. Cet état se prolonge durant neuf mois, au bout desquels la malade sort très améliorée, rentre dans sa famille et reprend bientôt ses occupations antérieures.

Durant près de deux ans, elle paraît complètement guérie, se rendant compte du caractère pathologique des troubles mentaux qu'elle a présentés antérieurement, lorsque, en août 1901, éclate un second accès mélancolique, avec dépression, idées et tentatives de suicide, refus d'aliments, idées vagues de persécution : internée à nouveau, elle sort guérie au bout de cinq mois, en décembre 1901.

En juin 1904, après un intervalle lucide de plus de deux ans, survient un nouvel accès mélancolique, affectant les mêmes caractères que précédemment et terminé également, après quelques mois d'internement, par la guérison.

Trois nouveaux accès mélancoliques de type identique, au cours desquels ne furent notées que quelques idées vagues de persécution sans accompagnement de phénomènes hallucinatoires nets, se succédèrent en 1905, 1909 et 1910, entraînant trois internements, d'une durée respective de trois à cinq mois, terminés tous par la guérison, le retour à l'état normal et la reprise des occupations habituelles dans l'intervalle des accès. Durant ces intervalles lucides, et nous avons soigneusement interrogé la famille à ce sujet, on ne remarqua aucune idée de persécution chez Mme X..., qui paraissait absolument normale à son entourage.

En novembre 1910, réapparaissent, *pour la septième fois*, des troubles mentaux. Ils semblèrent tout d'abord affecter la physionomie habituelle : Mme X... redevint mélancolique, triste, déprimée, abandonna ses occupations et émit des idées de suicide. Mais bientôt, elle exprima avec plus de force que lors des accès antérieurs, des convictions délirantes de persécution qu'elle semblait étayer principalement sur des phénomènes d'automatisme mental, attribués à des influences hostiles : on cherchait à s'emparer de sa pensée, on lui donnait des idées bizarres ou absurdes. Puis, de véritables hallucinations, surtout auditives, se montrent avec une constance et une abondance telles qu'elles en arrivent assez rapidement à dominer le tableau clinique. La malade entend la pensée ou les paroles de parents, d'amis, de voisins ou d'employés de son mari, qu'elle désigne nominativement ; ces personnes tiennent à son adresse des propos calomnieux, souvent injurieux ou orduriers ; on l'insulte grossièrement, on la menace de la détruire, elle et sa famille, on l'accuse de fautes dont elle est innocente : elle explique les conversations qu'on lui tient à distance et dont son entourage familial doit souffrir, à son avis, autant qu'elle-même, par la transmission de la pensée. Elle se défend à haute voix, nuit et jour, en des apostrophes ou des monologues perpétuels, contre les accusations ou les menaces dont on l'accable ; elle discute sans cesse avec ses persécuteurs et les injurie souvent dans des termes grossiers. Depuis dix mois, les hallucinations sont devenues de plus en plus impératives : on lui défend, sous peine de

châtiments pour elle et sa famille, d'accomplir certains actes, on lui ordonne des choses absurdes ; souvent, on parvient à la faire parler malgré sa volonté. Elle a adopté des néologismes, notamment les mots « alas » et « éclec » qu'on la force à répéter : « Pour être bien, lui dit-on, il faut être alas et à éclec. » Quelquefois aussi, on lui parle en allemand (elle connaît cette langue). On agit également sur sa pensée en lui suggérant des « idées bêtes » qui la font sourire malgré elle. Enfin, Mme X... accuse quelques hallucinations cénesthésiques (sensations de décharges électriques dans les membres inférieurs).

Les interprétations délirantes proprement dites occupent une place plus effacée : cependant, la malade attribue aux agissements de ses ennemis les accès d'asthme dont elle souffre depuis une dizaine d'années, elle se persuade que les allées et venues des passants indifférents cachent les menées sourdes de persécuteurs, elle croit entendre, dans les conversations banales échangées près d'elle, des allusions outrageantes ou déplacées à son égard.

Mme X... ne semble pas néanmoins avoir systématisé d'une façon très nette les persécutions dont elle est l'objet ; ses réticences continuelles empêchent d'ailleurs de déceler entièrement l'étendue du délire : elle accuse vaguement des commerçants du voisinage, des parents ou des amis jaloux, qui, par méchanceté pure, la poursuivent de leur hostilité ; elle est également convaincue que les agissements de ses ennemis s'exercent sur son mari et sur ses enfants pour lesquels elle a une tendre affection, de la même manière et avec la même violence que sur sa propre personne.

Notons enfin que nous n'avons pu observer chez notre malade d'idées de grandeur, d'idées hypocondriaques, d'idées de négation et qu'elle ne présente actuellement aucune idée d'autoaccusation.

A ces persécutions dont Mme X... souffre amèrement, d'autant plus qu'elle les estime absolument imméritées, elle n'a jamais réagi que par des plaintes et des doléances adressées à son mari, qu'elle adjure d'intervenir pour la défendre. Elle proteste journellement, mais timidement, contre son internement qui lui semble injustifié. Persécutée, elle conserve néanmoins l'attitude et les réactions d'une mélancolique : résignée et passive, se jugeant sans défense effective contre ses ennemis, elle ne peut espérer qu'en l'appui efficace d'un secours bienveillant qui, s'il ne vient mettre un terme prochain à des souffrances injustes, lui laissera la seule perspective du suicide, estimé préférable à la vie misérable qui lui est faite actuellement.

En résumé, nous avons vu succéder, chez une dégénérée, à six accès mélancoliques qui ne se sont accompagnés d'aucun phénomène hallucinatoire net, durant lesquels les idées de persécution se sont manifestées seulement d'une façon très accessoire, accès terminés par la guérison, le retour à l'état normal sans idées paranoïaques dans les intervalles lucides, un délire mal systématisé où dominent les convictions de persécution et où les hallucinations auditives impératives, les hallucinations psycho-motrices verbales occupent, par leur abondance et leur continuité, une place prédominante. L'existence constante, au cours d'un délire de persécution évoluant sans interruption et sans rémission depuis près de dix-huit mois, de multiples hallucinations psycho-motrices, de monologues, de néologismes, de sourires et de rires contrastant avec le contenu des idées délirantes et les réactions à type mélancolique, permet, nous semble-t-il, malgré l'absence d'un affaiblissement des facultés

intellectuelles et des sentiments affectifs, de porter un pronostic de chronicité.

L'analyse de ce cas assez complexe nous paraît prêter à des considérations nosologiques fort différentes suivant les doctrines. En présence des six premiers accès où prédominaient nettement un état et des réactions mélancoliques, sans hallucinations auditives, sans convictions délirantes de persécution nettement affirmées, il semblait difficile de ne point porter un diagnostic de mélancolie intermittente, de folie périodique ou de psychose maniaque dépressive, avec un pronostic, bon quant à la terminaison de l'accès, mauvais seulement quant à la rechute possible. La contingence et le peu d'extension des idées de persécution durant les périodes mélancoliques, le retour complet à l'état normal dans les périodes lucides, l'absence de toute manifestation paranoïenne entre les accès, ne permettaient guère d'assimiler l'affection mentale présentée par notre malade à ces formes décrites à l'étranger par Mendel, Meschide, Ziehen, Gierlich, Monkemöller et Jastrowitz sous le nom de *paranoïa périodique*, étudiées en France par Anglade et son élève Dubourdieu sous la dénomination de délires de persécution symptomatiques de psychose périodique. D'ailleurs, l'existence même de cette forme de paranoïa, qui est loin d'ailleurs de réunir l'approbation unanime des auteurs, n'impliquait point l'apparition inéluctable d'un délire de persécution hallucinatoire chronique ; si Jastrowitz et Monkemöller admettent la transformation de la paranoïa périodique en paranoïa chronique, cette terminaison doit être assez rare puisque Dubourdieu, dans son intéressant travail, n'a pu relever d'observation où cette évolution chronique ait succédé à des états délirants périodiques.

.Peut-être pourrait-on considérer le délire de persécution hallucinatoire chronique actuel comme un délire secondaire aux accès mélancoliques antérieurs, suivant la doctrine soutenue par Anglade dans son Rapport au Congrès de Marseille (1899). Peut-être enfin, comme nous avons essayé de l'indiquer plus haut, serait-il possible de voir dans cette longue période de dix années qui précéda l'éclosion du délire chronique actuel, une phase très lente d'incubation prémonitoire, à type mélancolique, entrecoupée d'intermissions, si fréquentes, comme on le sait, chez les malades atteints de dégénérescence et ayant préparé progressivement la phase actuelle d'automatisme psychique chronique qui se manifeste aujourd'hui principalement par des phénomènes hallucinatoires et pseudo-hallucinatoires multiples et des convictions délirantes de persécution.

Quoi qu'il en soit, il nous a paru de quelque intérêt d'indiquer combien doit être réservé le pronostic, en présence de ces formes dégénératives bâtardes : leur apparence périodique initiale masque souvent le début d'une psychose chronique dont les manifestations progressives peuvent être très différentes aux périodes successives de leur évolution.

Recherche chez de petites filles hérédo-tuberculeuses de l'hyper-suggestibilité mise en évidence par le signe du bras

Par M. le docteur André Collin.

Alors que normalement le syndrome infantile psycho-neuro-musculaire, composé de la conservation des attitudes données, de la réaction de l'orteil en extension, de la vivacité des réflexes tendineux, disparaît vers deux ans et demi, il est toute une catégorie de petites filles qui conservent les attitudes données longtemps après cet âge.

Une cinquantaine de constatations nous permettent de dire que ces petites filles qui conservent les attitudes données au delà de 3 ans sont entachées d'hérédité tuberculeuse, alcoolique ou saturnine. Elles ont parlé, marché, 7, 8 ou 10 mois plus tard que la moyenne. Elles sont ou non intelligentes, mais, dans tous les cas, leurs facultés imaginatives très développées servent leurs tendances mythomaniaques.

Certaines d'entre elles simulent à 3 et 4 ans des états pathologiques. La petite P..., 4 ans, est restée 4 jours avec le genou gauche demi-fléchi. Elle se refusait à se lever et à marcher, elle criait au moindre contact. L'attouchement d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution de permanganate de potasse amena la guérison.

La petite O..., seule survivante de 12 enfants dont 6 sont morts de méningite bacillaire, 4 morts de bacillose pulmonaire, est âgée de 4 ans. Sa mère, très affaiblie, a de fréquentes syncopes. Lorsque O... va chez sa grand'mère, elle tombe faible « comme sa mère ». Une fois, elle a eu une crise de haut mal « comme le petit voisin » parce qu'on ne voulait pas qu'elle sorte.

Suggestibilité d'une part, mythomanie d'autre part, sont bien

les apanages de la grande névrose. Ces enfants présentent l'un et l'autre de ces symptômes d'une façon aussi nette que leur permet leur jeune expérience.

Il apparaît donc qu'on trouve ici le début des états pithiatiques dans lesquels une partie du syndrome infantile est conservée et que l'intérêt de ces constatations réside :

1º En ce qu'il permet de diagnostiquer précocement cet état nerveux qui apparaît toujours consécutivement à une hérédité toxi-infectieuse tuberculeuse et alcoolique, cause du retard de développement ;

2º Qu'il indique, d'après les notions étiologiques, la thérapeutique à suivre ;

3º En ce qu'il permettra peut-être de délimiter l'extension et la compréhension du terme aux sujets qui ont montré ces qualités dès le premier âge.

Contre la fréquente attribution des signes d'activité cérébrale à du surmenage scolaire

Par M. le Dr Ameline, *de Chezal-Benoit.*

En résumé, et pour conclure :

C'est vraiment sans arguments décisifs que l'on continue à accuser l'école de surmener intellectuellement les enfants.

On devrait, d'abord, tenir un plus grand compte des documents et remarques apportés autrefois à l'Académie de médecine, particulièrement par Lancereaux, Marc Sée pour les altérations de la santé, par Javal pour la surcharge des programmes ; tenir compte des réserves faites par certains pédagogues et psychologues : Binet et Henri, Mosso, Claparède, Dugas, sur la légitimité de l'accusation en question trop hâtivement portée par d'autres personnes qui négligent :

Soit l'influence des maladies héréditaires et acquises ;

Soit l'influence des défectuosités de l'hygiène urbaine, rurale, familiale et individuelle ;

Soit l'impropriété de l'emploi des mots de fatigue, surmenage, surcharge, appliqués à toute constatation de phénomènes extra-cérébraux accompagnant l'activité cérébrale ;

Soit la nécessité de démontrer au préalable que ces phénomènes

ne sont point de simples réactions ou moyens de défense de l'organisme équivalents dans une proportion inconnue à l'énergie mise en jeu par le cerveau et dont on ne peut dire qu'ils indiquent un surpassement net de l'intensité des moyens de défense que possède l'organisme.

On devrait faire attention, ensuite, à ce que les travaux expérimentaux sur la mesure des processus accompagnant en particulier la prolongation du travail intellectuel, ne prouvent pas encore que l'activité cérébrale demandée aux écoliers entraîne leur surmenage ; en effet :

1° L'existence de « courbes de fatigue », qui, par construction appropriée, sont ascendantes, prouve uniquement une interaction cérébrosomatique n'ayant en elle-même ni de quoi surprendre, ni de quoi inquiéter, et exprimant simplement les signes d'activité du cerveau ;

2° L'étude mathématique de ces courbes, suivant la méthode logarithmique que nous employons systématiquement à propos de tous les processus biologiques, montre, dans le cas particulier du fonctionnement du cerveau, que : *a*) une loi mathématique précise régit l'évolution de la fatigue, ou mieux, de l'activité cérébrale ; *b*) cette loi exprime que l'intensité de cette activité croît en tendant vers une limite maxima, suivant une progression géométrique formée par les écarts des nombres mesurant cette intensité avec la limite en question ; *c*) cette limite peut se calculer rapidement et très facilement au moyen de trois valeurs seulement d'un signe d'activité cérébrale déterminées à trois instants également espacés ; *d*) enfin, cette limite sert à évaluer l'énergie cérébrale disponible pendant la durée des expériences.

3° Alors si, à l'aide de notre méthode logarithmique, on examine les expériences de Schuyten sur la diminution de l'acuité de la sensibilité cutanée (seuil esthésiométrique), expériences qui, par leur précision, leur étendue (13 mois), sont tout à fait remarquables, et presque seules capables de supporter l'application du calcul, on est amené aux conclusions suivantes : *a*) le seuil-limite-maximum, mesure de l'énergie disponible du cerveau, déterminé dès le premier trimestre, ne diffère pas sensiblement, en tenant compte des erreurs d'expériences communément possibles, du seuil effectivement mesuré au début du cinquième trimestre d'études ; *b*) la correction à apporter aux nombres trouvés en novembre (deuxième mois) afin de permettre de retrouver par le calcul le seuil déterminé au mois d'octobre suivant, est extrêmement faible et, sans contestation possible, inférieure aux erreurs possibles dans la détermination pré-

cise d'un seuil esthésiométrique. Donc : l'énergie disponible, dès le début de l'année scolaire, n'est pas dépassée au cours de cette année, elle est restée sensiblement la même ; en un mot, il n'y a pas eu de surmenage certain (1).

Sur la résistance de l'organisme à l'action de la dégénérescence mentale héréditaire et de l'infection tuberculeuse avec l'âge

Par M. le docteur AMELINE, *de Chezal-Benoit (Cher).*

Cette note concerne deux ordres de faits :

A) D'abord la transmission héréditaire de la prédisposition à la folie.

1° Des statistiques du docteur Mott (2) sur l'âge auquel les descendants d'aliénés ont été internés pour la première fois dans les asiles du comté de Londres, on peut déduire que l'action de l'hérédité mentale morbide s'épuise graduellement avec l'âge des descendants suivant une loi numérique de formule identique à celle qui représente l'évolution de la fatigue ou activité cérébrale : la folie héréditaire est donc un processus analogue à celui de la fatigue ou usure du cerveau ;

2° Cette loi numérique est la suivante : le nombre des internements d'héréditaires tend vers une limite suivant une progression géométrique formée par les écarts entre les nombres des internements aux diverses époques et la valeur de la limite ;

3° Une telle loi est de tout point comparable à la loi de Galton, d'après laquelle l'intensité avec laquelle est transmis par hérédité un caractère s'affaiblit en progression géométrique avec le nombre des générations, en admettant, ce qui est assez exact, que la durée moyenne d'une génération est constante ;

---

(1) AMELINE, *Résumé de mécanique cérébrale,* Saint-Amand, Bussière, 1908 ; Comment faire une théorie mécanique des phénomènes mentaux, *Journal de psychol. norm. et path.*, 1908 ; L'usure physiologique normale du cerveau et le prétendu surmenage scolaire, *Rev. d'hyg. et de méd. infant.*, 1910 ; Une loi numérique entre la durée du travail intellectuel et l'intensité de la fatigue cérébrale, *Journal de psychol. norm. et path.*, 1911 ; — SCHUYTEN, la Méthode esthésiométrique de la mesure de la fatigue à la lumière de la méthode logarithmique du docteur Ameline, *Congr. Ostende*, septembre 1911 ; — AMELINE. Résistance de l'organisme humain à l'action de la dégénérescence mentale et de la tuberculose, *Congrès actuel.*

(2) MOTT, Une lecture sur l'hérédité et la folie, *The Lancet*, 1911.

4° Il résulte du rapprochement précédent que, si l'on oppose, ce qui est loin d'être admissible sans contestation, les lois de Mendel à celle de Galton, notre note, justifiant d'une façon presque rigoureuse cette dernière loi, contredit les premières sur le point particulier examiné ici.

B) Ensuite, l'augmentation du nombre des infectés par la tuberculose avec l'âge :

1° Des statistiques dressées par Calmette, Grysez et Letulle (1), il ressort que le nombre des infectés par la tuberculose, et réagissant aux injections de tuberculine, croît avec l'âge, selon une loi identique à celle qui est énoncée précédemment pour la folie héréditaire ;

2° L'écart entre le nombre des infectés (ou des internés) et la limite représentant celui des individus restés indemnes (écart qui mesure la résistance de l'organisme à l'infection tuberculeuse) varie en progression géométrique avec l'âge.

C) Il découle de ces deux ordres de faits :

1° Les manifestations de la folie héréditaire et l'infection tuberculeuse sont tout à fait comparables entre elles sous le point de vue de la résistance que l'organisme oppose à chacune d'elles en vieillissant ; ce qui ne veut pas dire que la folie est une maladie infectieuse ou la tuberculose une maladie héréditaire ;

2° Les diverses manifestations de la folie héréditaire peuvent, tout aussi bien que celles de la tuberculose, être rattachées à un processus unique et spécial (qu'on peut désigner, si l'on veut, par les mots de « dégénérescence mentale héréditaire »), malgré la multiplicité des modalités de l'une comme de l'autre de ces espèces nosologiques, multiplicité de modalités pas plus considérable pour toutes deux que pour d'autres, comme la syphilis, l'alcoolisme, etc.

« Neurasthésie traumatique » suivie de manie

Par M. le docteur R. Benon,

Médecin-adjoint des Quartiers d'hospice (Saint-Jacques, Nantes).

L'observation qui suit est une contribution à l'étude des relations de l'asthénie et de la manie. Elle a également un intérêt médico-légal.

(1) Calmette, Grysez et Letulle, Fréquence relative de l'infection bacillaire et de la tuberculose aux différents âges de la vie, *Presse médicale*, 1911.

Observation. — RÉSUMÉ. *Traumatisme cranien, à 57 ans, en mai 1906. Pas de perte de connaissance. Syndrome asthénique consécutif : diminution de la force musculaire et phénomènes d'anidéation avec céphalée, rachialgie, bourdonnements d'oreilles. Quelques troubles du caractère. Persistance de cet état jusqu'en août 1911. A cette époque et progressivement apparition d'un état maniaque nettement caractérisé. Placement à l'asile le 20 novembre 1911, manie furieuse. Diminution rapide de l'excitation, état hypomaniaque qui dure encore en mars 1912.*

François, 62 ans, cultivateur, entre à l'hôpital G. de N. le 20 novembre 1911

Antécédents. — Père mort « de fièvre » à 33 ans, en deux ou trois jours. Mère sombre, originale, drôle, « voulait, ne voulait pas », morte à 70 ans de congestion pulmonaire. Une sœur morte à 18 mois (?). Personnellement, enfant chétif, il a eu des convulsions « par les vers ». Fluxion de poitrine à 8 ans. Marié à 33 ans ; une fille bien portante. Quelques excès de boisson. A l'école, il a appris difficilement à lire, écrire et compter. Caractère plutôt gai, bon, sociable ; il appréhendait toujours de ne pas faire ses affaires.

Traumatisme et suites. — A 57 ans, vers le 15 mai 1906, à cinq heures du soir, il est tombé de sa charrette, la roue lui a passé sur la tête ; il a été scalpé du côté droit ; l'oreille était presque complètement décollée. Il n'a pas perdu connaissance ; il a pu faire à pied au bout d'une demi-heure, soutenu sous les bras, environ 800 mètres. La plaie fut suturée et le blessé reçut deux injections de sérum antitétanique. Il resta quatre ou cinq jours dans une immobilité à peu près complète, ne répondant que par monosyllabes. Il ne commença à se lever qu'au bout de trois semaines ; il était faible, courbaturé, il souffrait de la tête et du genou droit.

Jusqu'au 15 août, il ne fit aucune tentative de travail. Il ne se sentait pas bien, pas vigoureux ; un rien le fatiguait ; il avait des douleurs dans la tête, les reins, le genou. L'oreille droite suppurait toujours un peu. L'appétit et le sommeil étaient relativement bons.

Etat du malade du 15 août 1906 au 20 août 1911. Syndrome asthénie. — L'état du malade durant cette longue période est resté le même. Il travaillait, mais plus comme avant : ses forces étaient très diminuées. « Souvent, raconte sa femme, il se plaignait de faiblesse, faiblesse dans les jambes, faiblesse dans la tête, faiblesse partout. Il n'avait plus de force et s'en étonnait : « C'est curieux, je mange, je dors et je suis tout à fait faible. » Il n'y avait presque pas de jour où il n'accusât de la fatigue. Il avait beaucoup moins de goût au travail. Par moments, on aurait pu croire qu'il allait aller mieux, il avait quelques bonnes paroles, et puis il recommençait à dire qu'il n'était plus bon à rien. En général, il n'avait pas de courage. C'était toujours : « Je ne peux pas travailler, je n'ai pas la force. » Il n'était plus matinal comme autrefois ; lui qui était toujours debout le premier, — souvent même je ne l'entendais pas — alors il fallait que je le pousse à se lever ; il arrivait même qu'il restait au lit, il avait besoin de repos, disait-il. Maintes fois il commettait des oublis, il ne savait plus où se trouvaient ses outils ; dans le travail, il n'avait plus ses idées comme avant ; un rien l'embarrassait, tout lui paraissait difficile, compliqué.

« Son caractère s'était modifié. Lui qui autrefois était gai, il était devenu sombre, triste : Est-il changé, François ! disait-on dans son entourage. Il ne se montrait pas coléreux, mais par moments, il s'inquiétait : « Suis-je faible ! Je ne peux même pas tourner une charrue. Si ça continue, que vais-je devenir? Et qui donc fera l'ouvrage? Bientôt, je ne pourrai plus labourer : je ne mène plus droit mes sillons. »

Il accusait des maux de tête, de la rachialgie et des bourdonnements d'oreilles : « J'entends sonner ; je n'entends plus ce qu'on dit ; pourquoi voulez-vous que je sorte avec le monde? »

Il maria sa fille au mois d'octobre 1910 ; il eut assez souvent des contrariétés avec son gendre.

Août-septembre 1911. *Apparition de la manie.* — A cette époque l'état du malade change complètement. Il se met à travailler avec une activité juvénile et montre une gaieté excessive.

« Alors, nous dit sa femme, il n'était plus jamais fatigué. Il travaillait comme s'il n'avait jamais été malade ; il ne se plaignait de rien. Il savait tout faire, même des ouvrages qu'il n'avait jamais entrepris. On n'a jamais pu l'empêcher d'aller en vendanges avec les voisins. Il était toujours dispos, parlait haut et volontiers, riait largement : « Suis-je heureux à présent ! On travaille « tous ensemble ». Le jour du baptême de sa petite-fille, il pleurait de joie : n'importe quoi le faisait fondre en larmes et puis il riait.

14 *novembre.* — L'excitation grandit : « Je suis le Dieu sur la terre. Je vous sauverai. Nous serons heureux ; nous aurons de l'argent. » Il était riche, ambitieux, entreprenant, extravagant. Il disait à sa femme : « Je te tue », et puis il l'embrassait en pleurant. Il sautait, courait, sifflait, chantait, dansait des menuets, etc... Il était méchant en paroles ; il nous vexait, reprochait à sa fille de ne pas avoir épousé un jeune homme plus riche. Finalement, il s'est mis à frapper (il donnait des gifles) et à briser les objets mobiliers. Le 20 novembre il était conduit à l'asile.

Etat actuel, 20 *novembre* 1911. — Excitation maniaque typique. Il est gai parle vite et sans cesse en gesticulant.

Il déclare qu'il est au paradis et il demande à consommer une bonne bouteille de vin. Il s'irrite parce qu'on ne va pas la chercher de suite.

Il parle de satisfaire ses besoins dans la salle : il ne montre aucun souci des convenances.

Il fournit rapidement son âge et l'année de sa naissance ; il explique qu'il a été vingt-deux ans domestique et il donne les noms de ses anciens patrons.

Il dit : « Je ne me suis jamais soûlé tout seul, mais je me suis soûlé comme les camarades et il n'y en a point qui y échappent. Nous ne sommes pas parfaits. Quand je bois, je suis drôle, maintenant je suis « faible par la gaieté »... Dimanche dernier, à la grand'messe j'ai harangué le village, j'ai invité les gens à la Paix Universelle, il faut détruire les inimitiés. Si je voulais, je ferais des miracles, il suffit de me toucher. Mon cousin qui n'a qu'un bras, il n'a qu'à me toucher et ce bras repoussera. J'avais un petit chien noir, on est venu me dire qu'il était crevé, j'y suis allé, je lui ai dit d'aboyer et aussitôt fut fait. Si je voulais obéir à mon confesseur, j'arriverais à la Chambre. Tout ce que je dirai arrivera. La France sera sauvée. Je voudrais la gaieté pour tous, mais pas la gaieté à devenir fou. »

21 *novembre.* — (Même état). Il nous prend pour le docteur D... (fausse reconnaissance). Il nous dit : « Monsieur le docteur D..., vous avez bien soigné ma petite-fille » (il pleure). Le docteur D... est son médecin. Je lui réponds : « Mais je ne suis pas M. D... » — R. « Vous me prenez pour fou? ».

Il crache par terre, s'irrite et donne un coup de pied dans le crachoir : « Vous me faites suer. Je vais vous f... sur la gueule. »

Il chante, il danse, il déchire et ne dort pas la nuit.

Un infirmier entre, il dit : « C'est l'Italien, ou en tout cas c'est un « grand rapport » de lui. Je crois que ce n'est pas lui. »

13 *décembre.* — L'excitation a diminué d'intensité. État hypomaniaque.

11 *janvier* 1912. — Il veut sortir, il n'est pas malade ; il y a du travail chez lui ; il embauche des malades pour ses travaux. La nuit, souvent il ne dort pas.

23 *février.* — Il provoque ses camarades. Il a dû être replacé au quartier des agités.

10 *mars.* — État hypomaniaque.

Le syndrome asthénique ou neurasthénique post-traumatique qui

a duré cinq ans chez notre blessé s'est transformé progressivement, au mois d'août 1911, en un état hypersthénique. Ce cas doit être considéré comme une variété d'asthéno-manie post-traumatique (1).

Au point de vue pratique et médico-légal, cette observation démontre combien, *dans certains cas*, le pronostic de la neurasthénie traumatique peut être grave.

Délire de persécution à base hypocondriaque à début d'hallucinose

Par MM. les docteurs E. Gelma (*de Nancy*)
et G. Strohelin (*de Paris*).

Nous avons l'honneur de présenter au Congrès l'observation curieuse d'un délire hallucinatoire de persécution à base hypocondriaque, dont l'interprétation est intéressante au point de vue du rôle des troubles psycho-sensoriels dans l'éclosion des idées délirantes.

D..., âgé de 28 ans, garçon d'hôtel, vient à la consultation de M. Dupré à Larochefoucauld, le 11 novembre 1910, se plaindre d'émanations qu'il répand autour de lui et qui le rendent l'objet d'une répugnance universelle.

Histoire résumée de la maladie. — Les troubles ont débuté il y a un an et demi environ, au mois d'avril 1909, par des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat. Il se trouve à cette époque en Angleterre. Un jour il entend dire à plusieurs reprises « Smell ». Peu au courant de la langue anglaise, il comprend néanmoins que cela veut dire : « Cela sent ici, il sent. » Tout d'abord, *sans prendre la chose pour lui,* il remarque effectivement une mauvaise odeur. Cette odeur devenant de plus en plus persistante et tenace, il finit, après plusieurs semaines de recherche, par se demander s'il n'en est pas lui-même la cause. Il change alors de linge, et prend des bains. Mais bientôt, persuadé que les émanations fétides proviennent bien de sa personne, il voit les clients se détourner quand il s'approche de leur table. C'est une odeur indéfinissable, de gaz d'éclairage, de café, lui laissant parfois un goût aigre dans la bouche. Ces émanations cessent pendant les repas et surtout quand, sur les conseils de différents médecins, il prise des poudres odorantes, comme le menthol : une sensation olfactive surajoutée chasse l'autre. D'où viennent ces odeurs? se demande-t-il, de son nez? de sa bouche? de ses mains? de tout son corps? Peut-être se répandent-elles au dehors de son organisme, par un orifice. « Je dois avoir un trou dans le corps » dit-il souvent. Il est ainsi très malheureux, car non seulement, ces troubles l'affectent et lui causent une gêne considérable, mais il se trouve l'objet de la répugnance invincible de son entourage et finale-

---

(1) Voir J. Tastevin, L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique), *Ann. méd. psychol.*, 1911, t. I et II ; R. Benon, L'asthénomanie post-traumatique. *Gaz. des hôp.*, p. 1423 et 1435.

ment hostile à tout le monde, on l'insulte : « Cochon ! Saleté ! il est pourri, ce garçon-là », lorsqu'il voit des gens dans la rue. Et il ne tarde pas à attirer l'attention de ses patrons et de ses collègues avec lesquels il a de violentes disputes suivies de rixes. Aussi est-il remercié et change souvent de place. Objet de la préoccupation universelle, il remarque autour de lui des regards méprisants et moqueurs. Les femmes à Londres lui disent ironiquement : « Tu es frais ! tu sens bon ! » ou bien « Tes mains sont une véritable peste ».

En même temps, troubles de la sensibilité générale, changement complet dans son organisme, malaise général, perception de mouvements anormaux dans son abdomen, courants électriques sur la nuque, sensation de froid sur la peau. Il finit par se convaincre qu'il est atteint d'une affection organique d'une nature tout à fait particulière, dont la cause lui échappe encore ; une maladie vénérienne sans doute, ou peut-être un régime alimentaire défectueux qu'il réforme plusieurs fois, ou bien l'humidité du climat londonien. Revenu en France en octobre 1909, il séjourne pendant un mois chez sa sœur sans sortir. Les troubles semblent s'atténuer, mais bientôt les mêmes émanations se reproduisent, l'attention se concentre autour de lui de nouveau. S'il interroge ses parents on lui déclare qu'il se trompe, qu'il ne sent rien, que c'est de la folie. Malgré cela les passants lui jettent toujours à la face des insultes méprisantes ; un locataire renifle derrière lui, un soir qu'il rentre à son domicile. A la station du métropolitain Denfert-Rochereau, on s'écrie : « On va donc l'envoyer chez les fous? », il se retourne et voit deux agents le regarder en ricanant.

Il consulte plusieurs rhinologistes qui, ne constatant ni trace d'ozène ni lésion nasale, lui donnent un traitement sédatif et psychique. Finalement un dermatologiste de Saint-Louis l'adresse à la consultation de l'hospice de Larochefoucauld (service de M. Dupré).

Etat actuel. — Le malade, fort, bien constitué, paraissant doué d'un excellent état somatique, se plaint des mêmes troubles que nous venons de décrire. Déprimé, triste, lamentable, il réclame un soulagement à ses maux et la disparition de cette odeur qu'il ne cesse de répandre autour de lui et qui survient par *bouffées.* On le voit renifler à chaque instant, interroger constamment le médecin et les élèves du service, du regard : on a senti, on n'ose le lui dire. Il se croit l'objet de moqueries ; dans la salle d'attente, tout le monde reniflait, faisait des gestes de dégoût, on le désignait à haute voix comme un personnage gênant et incommodant. Ne se laissant aucunement convaincre, il repousse les dénégations de ceux qui le rassurent.

L'examen montre qu'il s'agit de véritables troubles psycho-sensoriels de l'odorat, du goût et de la sensibilité générale. Les illusions et les interprétations fourmillent, les hallucinations auditives sont certaines. A côté du délire hypocondriaque, il y a une ébauche d'idées de persécution sans systématisation véritable, dirigées très vaguement contre l'entourage et surtout contre les personnes qui, dans la rue, lui débitent des injures. Aucune hallucination visuelle saisissable. Instabilité motrice, alternatives de rougeur et de pâleur, tic des paupières, asymétrie faciale, brusquerie des réflexes tendineux, quelques signes d'intoxication éthylique banale.

Antécédents personnels. — Né à Vintimille, il a été à l'école jusqu'à 17 ans où il apprenait péniblement. Il vient en France à l'âge de 20 ans et travaille 4 ans dans un grand hôtel de Paris, où il n'a aucune difficulté. Se rend ensuite à Londres dans le but d'apprendre l'anglais ; il y séjourne pendant deux ans comme garçon d'hôtel. C'est en avril 1909 que les troubles apparaissent. Pas de tentatives de suicide.

Antécédents héréditaires. — Mère coléreuse, émotive, instable, morte d'affection cardiaque à 46 ans. Père cultivateur, grand buveur, souvent ivre.

Le malade nie tout antécédent psychopathique ou névropathique dans la famille. Une sœur atteinte d'ozène (le malade semble avoir recueilli auprès d'elle le matériel de son délire).

D..., après s'être présenté plusieurs fois à la consultation, a cessé brusquement ses visites à l'hôpital, de sorte que nous ne connaissons rien de l'évolution des troubles psychiques.

Le malade, qui au début de l'examen semblait être atteint d'obsession hallucinatoire, est un délirant systématique hallucinatoire banal avec toute la gravité que comporte un tel pronostic.

Mais ce qui est remarquable, en dehors du contenu si spécial du délire et de la prédominance de l'hallucination olfactive, ce sont les liens étroits qui unissent ici les troubles psycho-sensoriels au délire hypocondriaque.

On admet généralement, et c'est la vérité dans la plupart des cas, que l'hallucination est secondaire aux préoccupations morbides, qui elles-mêmes sont précédées d'un état affectif et cénesthésique particulier. Il existe cependant des faits indéniables de délire longtemps précédés de troubles psycho-sensoriels purs. Une critique sévère des déclarations de malades met en lumière ces observations si intéressantes d'*hallucinose* aiguë ou chronique, début de psychose hallucinatoire systématique. Sans vouloir exposer ici la question, nous croyons devoir rappeler que l'*hallucinose* peut parfois se combiner à des éléments interprétatifs, et donner lieu à des idées délirantes qui se systématisent plus ou moins étroitement. Il en est ainsi de la malade montrée par l'un de nous avec Dupré (1) à la Société de psychiatrie et qui présenta des idées délirantes (2) assez peu cohérentes et transitoires après avoir offert pendant plusieurs années le tableau de l'hallucinose chronique pure. Nous pouvons également citer l'observation de Dupré et Collin où le malade entra dans la psychose hallucinatoire chronique six mois après une période de troubles sensoriels simples. De sorte que l'*hallucinose* aiguë peut évoluer de deux façons en passant à la chronicité ; ou bien elle reste purement hallucinatoire et constitue l'*hallucinose chronique pure* ou bien elle s'adjoint des éléments paranoïaques et évolue comme une psychose systématique hallucinatoire, ce qui est le cas de notre malade.

---

(1) Dupré et Gelma, Hallucinose chronique, *Société de psychiatrie*, 16 février 1911.

(2) Boudon et Kahn, *Société de psychiatrie*, 16 novembre 1911 (présentation de la même malade).

Les Tremblements séniles parkinsoniens et le Tremblement rythmé oscillatoire de Demange

Par M. le Dr Eugène Gelma (*de Nancy*).

Frappé, comme tous les observateurs, de la difficulté d'individualiser le tremblement sénile et de le séparer du tremblement parkinsonien, Demange avait proposé de rayer ces deux dénominations de la terminologie et de leur substituer une appellation univoque : *le tremblement rythmé oscillatoire.* Pour le maître nancéen, le *tremblement rythmé oscillatoire* constituerait une névrose dont les formes les plus fréquentes seraient le tremblement dit sénile et la paralysie agitante.

On connaît les discussions interminables dont les tremblements essentiels ont été l'objet depuis les descriptions de Trousseau, Charcot, Leyden, Joffroy, jusqu'aux travaux de Bernheim, Grasset, Achard et Soupault, de Lamacq (1), etc. Dans les cas-types, ces divers tremblements se distinguent bien par certaines particularités. Au tremblement parkinsonien on a toujours attribué la lenteur et la régularité des oscillations, la localisation aux membres et plus particulièrement aux extrémités, leur exagération sous diverses influences (froid, humidité, émotion, fatigue) et surtout *leur arrêt dans les mouvements volontaires.* Ce dernier caractère, qui à lui seul différencierait le tremblement de la paralysie agitante des autres tremblements, est d'une importance capitale. Et pourtant dans certaines observations la contraction musculaire non seulement ne détermine pas la cessation du tremblement, mais fait apparaître les oscillations (Lamacq) ou les exagère (Magnan) (2). Charcot ne semble d'ailleurs pas attribuer une bien grande constance à ce signe : dans ses leçons cliniques on lit en effet, que le tremblement de l'agitans *peut* cesser complètement à l'occasion du mouvement. La persistance, dans certaines conditions, des oscillations pendant la contraction musculaire a, d'ailleurs, bien été mise en lumière par des recherches expérimentales avec tracés (J. Parisot) (3).

Le tremblement intentionnel est la caractéristique du tremblement sénile, dont l'apparition et l'intensité sont subordonnées

---

(1) Lamacq, Séméiologie du tremblement, VII, *Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, août 1906.

(2) Magnan, *Soc. de biologie*, 3 décembre 1879.

(3) J. Parisot, *Du tremblement dans la maladie de Parkinson*, 1906, Crépin-Leblond.

à la contraction musculaire et à la continuité de l'effort et du tonus, et dont la cessation survient avec la résolution musculaire. Mais la particularité la plus anciennement signalée est la localisation à la tête et surtout à la mâchoire inférieure, d'où ces mouvements de nutation, de négation, de mâchonnement sans fin. L'intégrité de l'extrémité céphalique est même considérée comme un bon signe différentiel du tremblement sénile d'avec le tremblement parkinsonien. Il suffit cependant de parcourir les observations de paralysie agitante jusqu'ici publiées pour y trouver décrites les oscillations de la tête, mouvements de latéropulsion des globes oculaires (Debove), atteinte de la musculature extrinsèque de l'œil (Richer et H. Meige), marmottement, mâchonnement du lapin (Brissaud). Dans la thèse de Mlle Edwards, on trouve des faits absolument typiques (obs. 82, 83).

A côté du tremblement sénile se place le tremblement héréditaire. Celui-ci a tant de traits communs avec le premier que l'on s'est demandé (Charcot, Achard) s'il ne valait pas mieux les confondre tous deux. Les oscillations ont, à peu de chose près, la même fréquence ; l'influence des mouvements volontaires semble des plus variable (Debove et Renault) ; leur siège n'a rien de bien spécial, à moins d'admettre, comme certains auteurs, une élection particulière du tremblement aux extrémités, contrairement aux observations de Rubens, de Raymond et Cestan. Les graphiques recueillis montrent une identité presque absolue (Achard et Soupault) (1). L'âge seul serait un critérium si l'on avait le droit d'appeler séniles certains tremblements, uniquement parce qu'on les rencontre, rarement d'ailleurs (Joffroy, Bougarel), chez les vieillards et non séniles les tremblements héréditaires même apparus tardivement, comme dans le cas de Mitchell (cité par Achard) (2).

Or il convient de s'élever, après tant d'autres, contre la dénomination inexacte de sénile appliquée si facilement à certaines affections dont l'étiologie est imprécise. C'est pourquoi Achard et Soupault proposent de réunir les tremblements héréditaires et séniles en une seule et même entité clinique qu'ils appellent tremblement essentiel ou névrose trémulante, l'hérédité jouant le même rôle dans les deux cas.

Il serait, par contre, abusif d'accepter sans restriction les vues de Demange et il semble impossible de rayer de la nosologie la

(1) *Gazette hebdomadaire*, 22 avril 1897.
(2) Achard, *le Tremblement;* Gilbert et Toinot, *Traité de médecine.*

maladie de Parkinson, qui justifie, en dehors du tremblement, d'une symptomatologie très riche et très particulière. Mais le terme de *tremblement rythmé oscillatoire* peut fort bien être appliqué à ces formes atypiques de paralysie agitante, nous voulons parler de ces tremblements parkinsoniens sans contracture. *Le tremblement rythmé oscillatoire* serait ainsi une véritable forme de transition entre la névrose trémulante et la maladie de Parkinson. Un exemple très net de P. agitans sans attitude soudée, nous en a été fourni par une observation que nous avons publiée dernièrement (1). Il s'agit d'un vagabond de 64 ans envoyé dans notre service, à l'asile de Maréville, à la suite de troubles du caractère avec réaction agressive, et atteint depuis une vingtaine d'années d'un tremblement dont l'étiologie semble réunir plusieurs facteurs (guerre de 1870, émotion, privation de nourriture, fatigue, épuisement). Ce malade présente un tremblement généralisé, à oscillation lente, très accusé aux extrémités, avec mouvement de pédale, de roulement de boulette. L'absence de roideur rend le diagnostic particulièrement épineux. En faveur de la paralysie agitante on peut souligner l'étiologie du tremblement, la démarche spéciale, les troubles vaso-moteurs, l'état mental. En faveur du tremblement essentiel, l'absence de rigidité.

Ce fait, joint à d'autres que nous avons pu observer depuis, consacre un type clinique, *le tremblement rythmé oscillatoire*, intermédiaire entre le tremblement parkinsonien et le tremblement sénile qui constituent les deux pôles extrêmes d'une même entité morbide. Ces trois tremblements, cliniquement dissociés, sont unis par d'insensibles transitions et reposent sur les mêmes altérations organiques, probablement ces lésions d'artério-sclérose cérébrale mises récemment en lumière par Maillard pour la maladie de Parkinson.

Cerveau en fromage de Gruyère

Par M. le Dr Rodolphe Ley, *médecin-adjoint.*

(Travail fait au Laboratoire de l'Asile-Dépôt pour aliénés, annexé à l'hôpital Stuivenberg, à Anvers.)

C'est à M. le docteur Pierre Marie que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette forme particulière de lésion du cerveau.

(1) E. Gelma, Tremblement rythmé oscillatoire et maladie de Parkinson, *Province médicale*, avril 1912.

En effet, dans sa communication : « Les états lacunaires du cerveau », présentée au *XIII*e *Congrès international de médecine* (section de neurologie), il distinguait quatre variétés d'altérations :

1° Foyers lacunaires de désintégration des vieillards ;

2° État criblé de Durand-Fardel ;

3° Dilatations isolées périvasculaires à la partie inférieure du noyau lenticulaire ;

4° État « fromage de Gruyère ».

Il considérait cette dernière forme comme une altération cadavérique.

Dans la discussion qui suivit, M. von Monakow lui objecta que, d'après lui, les lacunes « fromage de Gruyère » sont des produits artificiels en rapport avec les modes de préparation et de coupes.

Cette opinion nous semble erronée ; en effet, d'après l'étude à laquelle nous nous sommes livré au sujet du cas qui s'est présenté à notre observation, nous croyons pouvoir réfuter l'opinion de von Monakow.

Le sujet semblera certes un peu restreint, mais nous pensons qu'il est toujours intéressant en anatomo-pathologie nerveuse de distinguer les altérations *post mortem* des altérations réelles et aussi de celles dues uniquement à une faute de technique. Ajoutons que notre cas est le premier du genre observé en Belgique.

Voici quelques renseignements concernant le malade :

B..., 73 ans, confusion mentale et artériosclérose. Le malade nous est envoyé le 21 juillet 1911 du service de médecine, sans renseignements cliniques ; il y avait été admis le 14 du même mois ; il est délirant tranquille, confusionnel, répond à côté des questions posées ; tous les mouvements sont possibles mais incoordonnés ; la marche est impossible, il gâte mais ne présente pas de troubles de déglutition.

Pas de fièvre, urine normale, artériosclérose généralisée avec gangrène humide du pied gauche entamant toute la moitié terminale, plus étendue au dos qu'à la plante du pied ; zone cyanotique au pourtour de la gangrène. Le 26, le malade semble légèrement amélioré ; le 27, au contraire, le malade ne déglutit plus et une zone de gangrène se produit au gros orteil droit. Le pied gauche reste dans le même état.

La faiblesse est extrême et le malade meurt le 30 juillet à sept heures du matin.

L'autopsie est faite le jour même à six heures après midi, donc exactement onze heures après la mort.

Comme lésion somatique on ne trouve qu'une artériosclérose généralisée.

A l'aspect extérieur, l'encéphale ne présente absolument rien de particulier. Il est suspendu dans une solution de formol à 3 pour 100 pour être coupé trois jours plus tard. Ce n'est qu'à la coupe que l'on constate l'aspect particulier ; les magnifiques clichés que je vous présente et que je dois à l'obligeance de mon confrère Paul Sano me dispensent d'une longue description; je me borne à faire remarquer la prédilection qu'affectent les lacunes pour la substance blanche tant dans le cerveau, dans le cervelet que dans la protubérance.

Le cadavre n'était pas pourri, mais dégageait cependant une odeur pesti-

lentielle ; le cerveau également conserva pendant des semaines une odeur extrêmement pénétrante. Il est à remarquer que l'été de 1911 fut exceptionnellement chaud et que la morgue dégagea pendant des semaines une odeur inusitée. Le jour de la mort et de l'autopsie est celui de la plus forte chaleur persistante observée depuis très longtemps à Anvers. C'est donc, croyons-nous, surtout dans les causes extérieures que nous devons chercher la cause de l'altération observée ; cela nous explique pourquoi on la rencontre si rarement en Belgique, pays habituellement froid ; le mode de conservation ne peut être mis en cause ; nous conservons de la même manière tous nos cerveaux et jamais nous n'avons observé de putréfaction intérieure avec une surface intacte, même dans les cas où l'autopsie avait été tardive (jusque quarante-huit heures après la mort) ; ce fait se produit parfois lorsqu'on emploie d'emblée des solutions trop fortes de formol, qui ne pénètrent que superficiellement la substance cérébrale.

L'examen histologique de l'encéphale nous a révélé aussi quelques faits intéressants :

1° Coupes du cerveau colorées au bleu de méthylène. On note dans les méninges la présence d'un bacille court et gros; à extrémités arrondies ; il forme des masses qui tapissent la surface de l'écorce et qui farcissent littéralement les sillons ; dans la substance blanche, il forme des colonies denses aux environs des lacunes ; ces colonies semblent n'avoir aucun rapport avec les vaisseaux sanguins.

Par-ci, par-là, mais très rarement, on observe quelques groupes d'une autre variété de bacilles de grande taille, de forme allongée, à extrémités pointues. Mais le premier microorganisme se rencontre avec une telle abondance, qu'il nous semble impossible de ne pas lui attribuer le rôle d'agent causal. Évidemment, ces caractères morphologiques ne suffisent pas à le différencier ; d'autre part, on comprendra qu'il nous était impossible de faire des cultures ; il est néanmoins probable qu'il se rattache au grand groupe des anaérobies de la putréfaction parmi lesquels les formes courtes à bouts arrondis sont nombreuses. Peut-être le microbe provenait-il du foyer de gangrène que portait le malade et a-t-il trouvé dans la température exceptionnellement élevée la circonstance favorable à son pullulement?

2° Coupes du cerveau et de la protubérance.

Nous nous sommes servi cette fois de la méthode de Stoelzner (*Zeitschrift für wiss. Mikroskopie;* 1906, p. 329).

Elle donne des images comparables à celles fournies par la méthode de Weigert, mais a l'avantage d'être applicable aux pièces fixées dans le formol. Elle m'a d'ailleurs paru très simple et particulièrement recommandable.

En examinant comment se comportent les faisceaux de fibres, on a l'impression que les lacunes ne sont pas produites par des gaz (auxquels la prolifération des bacilles donne généralement lieu) comme on serait tenté de le croire *a priori*. En effet, les faisceaux ne sont pas plus serrés qu'à l'ordinaire sur le contour des lacunes, ce qui devrait se produire si des bulles de gaz les refoulaient ; il semble, au contraire, que ce sont de véritables zones de destruction, comme si le germe en proliférant liquéfiait la substance blanche.

Nous ne croyons pas que l'état « fromage de Gruyère » ait été décrit comme une lésion survenant pendant la vie. Nous pourrions objecter à cette manière de voir que des lésions aussi étendues que celles que nous avons rencontrées dans la protubérance, en plein faisceau pyramidal, auraient dû donner pendant la vie des symptômes autrement graves que les troubles de la déglutition observés chez notre malade.

L'état « fromage de Gruyère » semble donc nettement être une altération cadavérique.

Docteur Anglade. — Cette forme est très rare. Je l'ai vue une seule fois sur quinze cents autopsies, mais elle est intéressante à étudier, car elle déroute l'anatomiste qui la rencontre ; je crois cependant qu'il faut la rattacher à une méthode spéciale de conservation de pièces. On ne l'observerait pas si l'on faisait quelques coupes de Fleschig avant de mettre durcir le cerveau. Je croyais les lacunes produites par des gaz. Le fait mis en lumière par M. Ley a donc de l'intérêt. Je crois cependant que les deux phénomènes (liquéfaction et gaz) se combinent.

Docteur Porot. — J'ai observé une fois également cette forme particulière d'altération ; c'était également au cours de l'été, alors que j'étais interne du professeur Collet à l'hospice du Perron, à Lyon. L'altération fut estimée purement cadavérique.

Méningomyélite post-gonococcique

Par le docteur A. Rogalski (*de Tunis*).

La bibliographie médicale relate rarement des complications médullaires d'étiologie blennorragique ; cependant, vu l'effrayante propagation de la gonorrée, il est certain que les lésions nerveuses dues aux cocci de Neisser ou à la toxinhémie gonococcique devraient être plus fréquentes, si on n'était peu porté à inculper la blennorragie, d'une prognose d'habitude bénigne, dans des manifestations dont l'étiologie est douteuse et pour lesquelles la preuve bactériologique, *ultima ratio*, est difficile à établir Or, de même qu'on admet quotidiennement une étiologie tuberculeuse ou syphilitique, sans exiger le témoignage du microscope, se basant uniquement sur l'historique et l'évolution morbide des symptômes, on peut aussi soupçonner la blennorragie toutes les fois que l'étude rétrospective du malade et l'interprétation clinique des accidents le permettent. L'observation qui va suivre se range dans cette catégorie de cas, où, à défaut de preuve microbiologique, la clinique impose suffisamment le diagnostic de méningomyélite d'étiologie gonococcique.

Observation. — C. G...., 23 ans, né à Tunis de parents sains et encore en vie, sans antécédents alcooliques ni spécifiques, a eu une blennorragie en mars 1905, suivie d'une orchite au bout de quinze jours. Dans le courant d'avril tout rentra dans l'ordre. Au mois de septembre le malade fit un faux pas en descendant du lit et eut le mollet gauche endolori ; au bout d'une vingtaine de jours la douleur

émigra, en s'exacerbant, à quelques travers de doigt au-dessus de la malléole externe gauche. Un confrère prescrivit une potion à l'iodure de potassium ; les douleurs ne diminuant pas, le salicylate de méthyle fut employé.

Amendement des douleurs, mais la démarche resta malaisée, lourde, le malade sentant « que les jambes ne voulaient pas se détendre ». Au mois d'octobre tout le membre inférieur gauche devint douloureux. Un autre confrère consulté diagnostiqua une sciatique : traitement par le chlorure d'éthyle. Les douleurs se calmèrent mais la jambe gauche dut rester fléchie sur la cuisse pour ne pas réveiller les douleurs. Le 15 novembre, la cheville droite devint à son tour douloureuse ainsi que tout le membre inférieur droit. Un mois plus tard apparurent des douleurs à la verge et au scrotum. Bains sulfureux jusqu'au mois de mars 1906 sans amélioration sensible. Pensant à une sciatique d'étiologie paludéenne, des injections d'un sel de quinine furent faites sans aucun effet. Transpirations très profuses, pas d'hyperthermie. Pollutions nocturnes fréquentes. Remarque de la part du malade de l'émoussement de la jouissance sexuelle. Au mois d'avril 1906 la miction debout devint impossible et C. G... dut s'accroupir à l'orientale pour uriner, sans toutefois parvenir à vider la vessie. Émission involontaire d'urine par regorgement durant la nuit et le jour au moindre effort. Constipation opiniâtre, scyballes extraites avec les doigts ; insensibilité de la muqueuse anale au passage des matières fécales. Au mois d'août, fortes crises dysuriques avec émission d'urine sanguinolente, érections très douloureuses avec tuméfaction de la verge dont la peau se fendilla. Jusqu'au mois d'octobre le malade fut soumis sans bénéfice aucun à un traitement antiarthritique.

Au mois d'octobre 1906 je fus appelé pour la première fois auprès du malade que je trouvai couché, se plaignant de ressentir de fortes douleurs à la jambe gauche. A l'examen je constatai :

Anesthésie complète de la verge, de la muqueuse urétro-vésicale, du scrotum, du périnée, de l'anus, des régions coccygienne et sacrée. Thermoanesthésie et analgésie, mais conservation du sens tactile — dissociation dite syringomyélique — au tiers interne du muscle grand fessier tant à droite qu'à gauche. L'insensibilité à la chaleur et à la douleur est profonde. L'anesthésie s'estompe au fur et à mesure qu'on se rapproche du bord externe des fesses, légère hyperesthésie de la colonne vertébrale au toucher. Bande symétrique d'anesthésie partant du pli fessier et s'étendant à la partie interne des cuisses jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de la tubérosité des condyles internes des fémurs. Atrophie fessière gauche très prononcée, coloration vineuse de la peau, contractions fasciculaires spontanées du grand fessier. Fesse droite normale au point de vue trophique. Cuisse gauche cyanosée, froide ; pas d'atrophie. Jambe gauche très amaigrie, surtout au mollet ; hyperesthésie à la région malléolaire externe, jambe fléchie sur la cuisse pour ne pas réveiller les douleurs. Pied gauche en équinisme par atrophie musculaire, orteils fléchis sur la face plantaire avec mouvements d'extension très limités. Gros orteil en marteau par rétraction tendineuse.

Au membre inférieur droit, en dehors des troubles sensitifs concernant la bande d'anesthésie et une légère hyperesthésie à la région malléolaire externe, rien de notable à citer.

Sur la jambe gauche, une à deux cicatrices étoilées provenant, dit le malade, de boutons de sang (?).

Station debout difficile ; immédiatement le malade vacille et a l'air de saisir le plancher avec les orteils. Sensation de nœud à l'émergence du nerf sciatique gauche. Steppage. Développement exagéré du tissu adipeux sous-abdominal cachant fort probablement une atrophie des muscles droits.

Rien au thorax ni à la face, pas de troubles oculaires ni de coordination des mouvements volitionnels, pas de tremblement aux membres supérieurs, pas de troubles de la parole.

Examen électro-diagnostique fait par M. le docteur Adda

(Novembre 1907)

MUSCLES ET NERFS EXPLORÉS	EXCITABILITÉ FARADIQUE	EXCITABILITÉ GALVANIQUE		
Membre inférieur droit.				
N. Grand sciatique. Biceps crural. Demi-membraneux. Grand adducteur. N. sciatique poplité externe. — — interne. Jambier antérieur. Long péronier latéral. Court péronier latéral. Extenseur commun des orteils. Extenseur propre du gros orteil. Jumeaux-soléaire. N. tibial postérieur.	Diminution très notable de l'excitabilité faradique du courant de tension, abolition complète du courant de quantité. Particulièrement les muscles réagissent d'une manière peu nette à cette modalité électrique. La contraction est lente et vermiculaire. Indice probable de D R.	Normale. L'excitabilité galvanique est très nettement diminuée et anormale au niveau de certains groupes musculaires.	N. F. > ou < P. E. Nerfs : pas d'inversion nette. Inversion nette de la formule.	Secousse lente ou brève. Secousse lente vermiculaire caractéristique de la D. R. Atrophie d'ailleurs très notable des masses musculaires.
Membre inférieur gauche.				
N. Grand sciatique.	Conservée à l'émergence et au 1/3 supérieur.		Lenteur de la secousse. Pas d'inversion, mais de l'égalité polaire.	
Biceps crural.	Conservée.			
Demi-membraneux.	—			
Grand adducteur.	—			
N sciatique poplité externe.	Diminuée.		N. P. = P. F. Pas d'inversion.	Secousse normale.
— — interne	—			
Jambier antérieur.	Conservée			
Long péronier latéral.	Diminuée au courant de quantité.			
Court péronier latéral.	Conservée seulement au courant de tension		Il faut élever l'intensité très sensiblement pour obtenir la secousse musculaire.	
Extenseur commun des orteils.	Abolie.			
Extenseur propre du gros orteil.	—			
Jumeaux-soléaire.	Diminuée.			
N. tibial postérieur.	Conservée.			

Urines alcalines par fermentation intra-vésicale, peu abondantes ; émission par cathétérisme d'une grande quantité d'urine. L'examen bactériologique fait par un confrère de l'Institut Pasteur n'avait décelé rien de spécifique.

Après un traitement symptomatique une amélioration sensible se manifesta, le malade put se lever et marcher. Mais une rechute survint : des douleurs fulgurantes, paroxystiques apparurent à la jambe droite, la plus épargnée. Atrophie de la cuisse gauche, des muscles des deux mollets, anesthésie de la face postérieure de la cuisse gauche ; hypoesthésie au mollet gauche. Présence de pus et d'albumine dans les urines.

Reprise du traitement, nouvelle amélioration plus sensible que la première fois. Disparition presque totale de l'atrophie de la cuisse et du mollet gauche, évacuation de la vessie sans avoir recours à la sonde, sensation de froid au passage de l'eau du lavement. Marche possible sans souffrance.

Le malade a recours à mon excellent confrère, le docteur Adda, pour suivre un traitement électrique perfectionné. Une récidive survint avec apparition de douleurs aux membres supérieurs, surtout au bras droit et à la main gauche ; ces douleurs sont brusques et fulgurantes. Atrophie des deux jambes, aspect de gallinacé. Pied droit très cambré ; mouvements rythmés spontanés des orteils.

Deux mois plus tard, le 7 juillet 1908, je revois le malade et constate la diminution en étendue de la région à dissociation syringomyélique ; la bande d'anesthésie de la face interne des cuisses a presque disparu.

L'anesthésie anale, périnéale persiste ; par contre, le scrotum se trouve divisé en deux zones, une supérieure complètement insensible, une inférieure présentant franchement la dissociation syringomyélique. Gros orteil droit en marteau. Présence du signe de Babinski, flexion combinée de la cuisse et du tronc. Scoliose, hypoesthésie au bord externe de la plante des pieds. Recherche sans succès du signe des orteils.

Le 31 janvier 1910, je revois le malade : amaigrissement considérable des extrémités inférieures ; le buste reste très développé, le malade se rationnant pour ne pas engraisser. Les zones d'anesthésie n'ont presque pas changé ; au scrotum, les bandes syringomyéliques ont changé, la moitié gauche est dissociée, la droite totalement anesthésique.

Réflexions. — Après cet exposé du tableau clinique, il reste à établir les diagnostics anatomique et causal. Prenant en considération les douleurs qui plaident pour la méningite, la dissociation syringomyélique pour la participation de la moelle, les zones de distribution des troubles trophiques et sensitifs, on peut avec une quasi-certitude diagnostiquer une méningo-myélite avec syndrome *queue de cheval*, et assigner topographiquement comme siège de la lésion l'espace compris de la première vertèbre lombaire au coccyx. Quant au diagnostic étiologique, la difficulté devient plus grande, car en neuropathologie, le siège anatomique joue un rôle prédominant dans l'évolution de la symptomatogie, et souvent le facteur étiologique ne peut être élucidé que par élimination successive.

A tout seigneur, tout honneur ; s'agirait-il de *syphilis?* les dénégations du malade, le manque de tout reliquat de vérole suffiraient à écarter la syphilis, si la pratique quotidienne ne démontrait

chaque jour combien peu il faut compter sur les déclarations du malade, qui par une fausse honte ment toujours, malgré l'évidence des lésions. Toutefois, chez C. G..., pas de rachialgie nocturne, pas d'exagération des réflexes, pas de syndrome de Brown-Séquard, pas d'engourdissement dans les jambes. La présence d'atrophie musculaire, les troubles de la sensibilité font éliminer la méningo-myélite subaiguë spécifique, la myélite transverse et la paraplégie spastique d'Erb. L'absence des signes d'Argyll Robertson, de Westphall et de Romberg, de tremblement, d'incoordination dans les mouvements volontaires, de troubles du langage et des facultés intellectuelles permet de rejeter le tabes dorsalis, la sclérose en plaques et la paralysie générale progressive.

L'absence de chute élimine l'hypothèse d'une *hématomyélie traumatique.*

S'agirait-il d'une simple *névrose?* Pas de crises convulsives, pas de stigmates ; l'anomalie des réactions électriques et les troubles sphinctériens rendent oiseuse toute discussion.

Le diagnostic différentiel d'avec un processus tuberculeux osseux ou de pachyméningite végétante est plus difficile. Le *mal de Pott* avant l'effondrement vertébral, par compression mécanique, peut présenter un complexus symptomatologique très semblable à celui de C. G... ; cependant pas de douleurs lombaires, pas d'empâtement et depuis cinq ans que dure la maladie aucune complication (abcès froid, gibbosité) n'est venue préciser le caractère tuberculeux de la maladie.

Quant à la *pachyméningite végétante*, elle survient généralement en pleine évolution pottique et même plus tardivement après effondrement vertébral.

S'agirait-il d'une manifestation méningo-médullaire par localisation de toxines tuberculeuses? Cela se pourrait d'autant plus que les douleurs le long des sciatiques, si tenaces chez C. G..., se retrouvent assez fréquemment chez les phtisiques au début. Mais ici encore une étude serrée permet de réfuter cette étiologie. Souvent unilatérale, la sciatique tuberculeuse se localise à la fesse et à la cuisse et un examen attentif permet de déceler chez ses porteurs tantôt un processus tuberculeux viscéral en efflorescence et une coïncidence hyperthermique à chaque rechute, tantôt l'existence d'affections paratuberculeuses : adénites, pleurésie, et presque toujours une hérédité chargée ; chez C. G..., rien de tout cela : parents et grands-parents sains, lui-même jouit d'une santé robuste, jamais de fièvre. On ne saurait donc soupçonner la tuberculose comme agent causal de l'affection dont C. G... est atteint.

Le jeune âge, le manque de cachexie et de néoformations viscérales malignes éloignent toute idée de *cancer vertébral.*

Après cette énumération il ne reste plus qu'à émettre le diagnostic de *méningomyélite d'origine infectieuse;* l'infection à incriminer ne peut être que la blennorragie, soit le gonocoque en personne, sa toxine peut-être et même en symbiose avec d'autres agents figurés, staphylocoques, etc.

La défection du coccus de Neisser dans les urines et l'absence d'arthropathie évoluant avant les manifestations médullaires, symptôme regardé par Charcot comme un intermédiaire essentiel pour les myélopathies post-gonococciques ne sauraient infirmer l'étiologie blennorragie. Si l'agent figuré ou ses sécrétions sont indispensables pour être le *primum movens* d'une affection, le nosophyte comme l'imprégnation toxique peuvent aussi depuis longtemps avoir disparu sans que la lésion anatomique rétrocède. La *restitutio ad integrum*, si fréquente dans les atteintes de la moelle, lors des infections, est possible quand les sécrétions bactériennes ont été peu virulentes et leurs effets fugaces, de façon à permettre la réintégration fonctionnelle lors de l'élimination toxinique ; mais que le potentiel de virulence soit exagéré ou la résistance humorale diminuée et la cellule nerveuse profondément lésée ne pourra plus récupérer ses fonctions physiologiques ; la lésion anatomique devient indélébile pendant que la cellule nerveuse ne fera par la suite que dévier de plus en plus du type normal. Telle est, d'ailleurs, l'explication des processus médullaires de la paralysie générale et du tabes post-syphilitiques, etc.

L'explosion des lésions médullaires sans arthropathie préexistante n'est pas non plus un argument décisif. Trapeznikoff, Polozoff, Stefanini, etc., ont relaté des cas semblables. D'ailleurs, pourquoi l'infection gonococcique ne saurait-elle atteindre les centres nerveux sans passer par une arthrite? Emporté dans le courant sanguin par les leucocytes, le gonocoque peut se localiser n'importe où, si sa vitalité n'a pas été trop affaiblie et surtout si le point d'élection offre une résistance amoindrie. Péricardite, endocardite, arthrite, myosite ou névrite, ne sont que l'expression clinique d'une germination microbienne sur un *locus minoris resistantiæ.*

Chez C. G..., le coccus de Neisser est-il le seul agent causal de la méningomyélite? Une affirmation formelle exigerait la présence exclusive du gonocoque, aussi me faut-il contenter du titre de méningomyélite post-gonococcique.

L'Assistance psychiatrique à domicile

Par le docteur Manheimer-Gommès.

I

Un des faits qui frappent le plus dans l'état actuel de l'assistance est l'augmentation énorme du nombre des aliénés et arriérés dont il faut s'occuper. Reflet de l'humanitarisme aujourd'hui général, les budgets des établissements consacrés à ce genre de malades se trouvent en augmentation constante, de par la bonne volonté des assemblées départementales. Mais, plus que jamais, on a le devoir de chercher aussi le meilleur rendement thérapeutique et économique possible. D'où, dans les asiles, la tendance à séparer, pour mieux les guérir, les différentes catégories d'aliénés, à spécialiser le traitement par la différenciation ou du diagnostic de l'affection ou de sa gravité, etc. Successivement, ces dernières années, apparaissent les quartiers de buveurs, les pavillons d'observation des asiles, l'aménagement de certaines salles d'aigus dans les hôpitaux, la colonisation familiale chez les nourriciers, les pavillons d'épileptiques, etc.

D'autre part, plus on va, plus on doit convenir qu'il faut tenir également un très grand compte de la manière dont l'individu réagit par son caractère, son éducation, etc., aux troubles cérébraux dont il est atteint. C'est là un point particulier qui ne se retrouve pas (ou à peine) en assistance médico-chirurgicale, et qui montre combien l'assistance mentale est plus complexe.

L'individualisation du traitement — si souhaitable — n'est nulle part plus apparente que dans le traitement par l'assistance familiale dans un milieu étranger, ou hétérofamiliale (procédé de Gheel), aujourd'hui connu dans tous les pays, et qui est réalisé, pour ce qui concerne le département de la Seine, par les colonies rurales de Dun-sur-Auron et Ainay-le-Château.

Tous ces procédés, des établissements collectifs aux colonies familiales, sont basés sur ce principe fondamental de l'isolement des malades aliénés, isolement à la fois mesure thérapeutique (le changement de milieu ayant une influence favorable) et mesure de sécurité par la mise des malades hors d'état de nuire — quand il se traduit par l'internement, c'est-à-dire dans l'immense majorité des cas, même quand sont exclus tous actes dangereux comme

suicide, homicide, viol, fugue. L'isolement libre ne se trouvant réalisé que par la colonisation hétéro-familiale, c'est-à-dire dans des cas exceptionnels, l'internement se trouve être, dans l'opinion médicale générale, la panacée psychiatrique.

Eh bien, il est des vésanies où l'isolement ne semble pas du tout nécessaire pour la cure : c'est une superfétation. Bien plus, il est d'autres fois nuisible. Falret l'avait déjà indiqué. Quelquefois le malade peut — ou même doit — être maintenu dans sa propre famille.

Proposition peut-être audacieuse pour beaucoup de psychiatres, médecins d'asile, habitués aux malades de leur établissement. Pas pour les médecins praticiens. Tous ont dans leur clientèle des malades vésaniques restant chez eux pendant tout le temps de leur trouble sans jamais devenir tributaires des asiles ou même des hôpitaux. Psychiatre libre, j'en observe pour ma part un grand nombre de cas, tant dans ma clientèle privée que dans mon service d'inspection et de contrôle des employés de la Ville de Paris.

Des statistiques parlent dans le même sens. La proportion des aliénés hospitalisés dans les asiles serait seulement de 10 à 15 pour 100 (Russie), 30 à 40 pour 100 (Autriche), 50 pour 100 (France), 80 pour 100 (Écosse).

Ce mode de traitement dans la propre famille du malade (appelons-le homo-familial pour le caractériser) est d'ailleurs aussi vieux que les maladies mentales elles-mêmes. Avant l'érection d'établissements spéciaux, n'était-ce pas les familles mêmes qui étaient obligées de se charger de ces malheureux (1)?

Rappelons que dans les familles aussi on trouve un autre groupe de malades : les sortants d'asile, les convalescents, qui pourraient, fort justement, dépendre plutôt — bien souvent — d'un traitement asilaire encore plus longtemps prolongé.

Ainsi donc, en dehors de tout préjugé théorique, et par la seule constatation des faits, nous voyons paraître ici, d'elles-mêmes, et la possibilité et la nécessité d'un traitement *à domicile* qui s'accompagnerait — nous parlons de la population pauvre — d'un traitement par le *dispensaire* pour les malades pouvant s'y rendre, ce dispensaire donnant par sa proximité toutes facilités pour des consultations fréquentes. Voilà donc une nouvelle assimilation des malades mentaux aux malades organiques, et une application

(1) En Belgique, la séquestration à domicile est prévue et réglementée par l'article 75 de la loi sur le régime des aliénés. En relèvent 14 pour 100 environ du nombre total des malades.

de plus de ce principe si souvent soutenu à la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris, et rappelé par Arnoux à propos des secours de grossesse, que le traitement chez soi ne doit céder le pas au traitement hospitalier que dans des circonstances strictement déterminées. Ajoutons aussi l'avantage moral incontestable, surtout à notre époque de désorganisation familiale, au maintien chez lui de celui des membres de la famille que la maladie a frappé (1).

II

L'assistance aux *convalescents* est un des côtés les plus intéressants de cette assistance domiciliaire.

Pour les sortants d'asile, rien de commun avec les sortants d'hôpitaux : sort social tout différent, alors que cependant les nécessités thérapeutiques, hygiéniques, alimentaires sont à peu près les mêmes. L'assistance des convalescents des hôpitaux est fort utile, mais combien plus indispensable, impérieuse même, celle des convalescents d'asiles ! Ceux-ci semblent porter une tare indélébile. On leur tourne le dos, les ateliers n'en veulent pas, et si cet abandon sans secours est inhumain plus que partout ailleurs, scientifiquement il est déplorable, comme un des plus puissants facteurs des rechutes et des récidives.

Ce problème philanthropique angoissant a amené la création de maisons de secours pour aliénés convalescents dans la plupart des pays d'Europe. Parmi les œuvres les plus connues : l'*After care Association* d'Angleterre et la *Société de protection des malades sortis des asiles de la Seine et des quartiers d'hospice* où le docteur et Mme Marie déploient de généreux efforts.

Tous les médecins d'asiles savent, cependant, combien souvent, malgré l'existence de ces œuvres, on retient les malades séquestrés par peur de les laisser sortir au dehors, sans soutien suffisant, et surtout dans l'ignorance où l'on est de leur possibilité de réadaptation à leur ancien milieu. Comment réagiront-ils, dans ce brusque changement de vie? Et pour certains, quelle est la part exacte de vérité dans ce qu'ils ont allégué sur leur situation dans leur famille : délire, exagération, ou réalité (2)?

Toutes ces questions deviendraient solubles avec l'assistance

(1) Arnoux, *Bulletin de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance*, octobre 1911.
(2) Ventra, *l'Assistance*, 1911.

domiciliaire. On conçoit très bien pour ces malades revenus à la vie courante les soins d'un psychiatre à leur domicile ou au dispensaire, s'occupant de traitement pharmaceutique, hydrothérapique, mécanothérapique, indiquant les lignes de conduite pour eux et leur entourage, etc.

C'est bien cette solution qui donnerait au médecin d'asile la décharge la plus complète envers la société, le principe de la liberté individuelle, et le malade lui-même. Elle serait supérieure aux maisons de convalescence même, qui forcément ne peuvent s'occuper de leurs clients que pendant un temps limité (trois semaines, pour l'asile de la rue du Château-des-Rentiers).

III

Lorsqu'il s'est agi de créer en France l'assistance hétéro-familiale, on a calmé les premières craintes de l'opinion publique en montrant combien facilement, par des transitions insensibles, on passe des vieillards à certains aliénés *affaiblis* et inoffensifs. Cette même progression est à rappeler quand il s'agit de l'assistance à domicile, qui, comme la première d'ailleurs, s'adresse à des individus incapables, mais non invalides, — ces derniers étant du ressort des établissements collectifs.

On connaît l'assistance des vieillards à domicile. Elle est assurée par la loi de 1905 (assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables privés de ressources). Beaucoup préfèrent l'allocation journalière d'un franc (décidée par les conseils municipaux et généraux) à l'hospice où ils sont de simples numéros, ou même aux colonies extra-urbaines (Lurcy-Lévy) qui les changent trop de leurs habitudes. S'ils tombent malades, ils ont le service à domicile et de consultation du Bureau de bienfaisance (dispensaire). Très proches d'eux sont les chroniques — encombrement classique des hôpitaux et des asiles — dont le cerveau est affaibli par une ancienne hémorragie ou un foyer de ramollissement. Beaucoup ne réclament aucun soin médical particulier. Aussi est-il naturel qu'on ait pensé à leur appliquer cette loi de 1905 (circulaire du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, 1906).

Certains d'entre eux — vieillards ou ramollis — présentent cependant parfois de l'irritabilité, deviennent, sous des influences diverses, turbulents, capricieux, entêtés, au point, dans les hospices, de troubler considérablement le repos de leurs voisins. Il est vrai que c'est souvent parce qu'ils ont été mal « pris ». Moyennant précau-

tions, il ne serait pas du tout impossible d'en garder quelques-uns chez eux.

Un pas de plus, et nous arrivons à ces *chroniques inoffensifs* que nous trouvons en si grand nombre dans les asiles où ils s'accoutument insensiblement à la vie monotone, mais sans souci, sans responsabilité, sans effort, souvent employés comme travailleurs s'ils ont quelque petite capacité professionnelle. Parmi eux : des hypocondriaques, des mégalomanes, des inventeurs méconnus, des persécutés mélancoliques sans réaction s'accommodant en quelque sorte peu à peu à leurs conceptions monomaniaques. Bon nombre devraient être rendus à la vie sociale sous certaines précautions, quand cela ne serait que pour éviter cette déchéance progressive (démence asilaire) observée après plusieurs années de séquestration par le seul fait de la séquestration et du contact des autres malades.

Pour eux, il est vrai, l'assistance hétéro-familiale s'oppose à l'homo-familiale, par son avantage de la sélection des nourriciers, des mutations possibles de placement dès qu'elles sont reconnues avantageuses, de la supériorité, en général, du contrôle d'un étranger sur celui d'un parent. Néanmoins, c'est ici aussi question d'espèces. L'assistance domiciliaire pourra trouver maintes applications. Elle permettra à maint chronique de s'évader de la vie végétative pour récupérer une petite valeur sociale.

IV

L'assistance domiciliaire peut résoudre en partie le difficile problème de l'assistance des *épileptiques*.

Il en existe en France 33 000, dont 3 500 seulement en traitement dans les asiles (délirants, démentiels, etc.).

Mais que faire de ceux (la grande majorité) qui n'ont que peu ou pas de troubles mentaux, rien que des accès convulsifs, rares, peu intenses, diurnes, ou nocturnes même exclusivement? Leurs réactions sociales peuvent être normales : leurs crises les rendent objets de terreur et de répulsion. A l'usine, à l'atelier, on les plaint, mais on les évite et on les renvoie pour des prétextes. S'ils ne peuvent être rangés parmi les arriérés, ou les affaiblis d'asile, si un médecin ne jette pas sur eux, par un humain subterfuge, le « manteau du délire » (Legrand du Saule), ils restent inassistés.

Pour un certain nombre d'entre eux, plus particulièrement aptes aux travaux agricoles, le département de la Seine a créé la colonie

autonome de Chezal Benoit, où l'on tente le « retour à la terre » préconisé par A. Marie.

Il est cependant indéniable qu'il faut autre chose pour les irrévocablement citadins. L'assistance à domicile, les consultations régulières au dispensaire, pour ces malades, qu'ils relèvent ou non de la loi de 1905, s'imposent. Conseils et surveillance médicale sont indispensables. A mon dispensaire de l'Arbre-Sec, chaque épileptique vient régulièrement chaque semaine avec son paquet d'ordonnances et son calendrier des crises, où j'inscris les doses de bromure ou de sels de calcium, les recommandations alimentaires, etc.

Voilà pour les épileptiques simples, les plus fréquents. Quant aux crises d'agitation et de confusion mentale pré et post-paroxystiques qui peuvent survenir chez eux, leur risque d'apparition est extrêmement réduit, quand le régime spécial est bien observé (fréquence, chez eux, de l'ivresse délirante).

Peuvent relever de même du traitement domiciliaire un certain nombre de *débiles mentaux* sans délire ou avec délires légers, soit à titre définitif, soit temporairement en attendant une hospitalisation qui ne s'impose pas d'urgence.

On peut y joindre un certain nombre de *déséquilibrés* à forme non dangereuse.

De même, — et plus nombreux encore, — certains *anormaux*. Beaucoup, déjà aujourd'hui, restent dans leurs familles et se retrouvent à des consultations externes (Bicêtre, la Salpêtrière, sièges d'associations comme le Patronage familial, etc.). C'est donc qu'ils peuvent être soignés chez eux. N'est-ce pas souhaitable, quand on songe à ce puissant milieu éducatif que peut être la famille, incessant producteur de contacts, d'expériences, d'impressions nouvelles qui modèlent incessamment la jeune intelligence en formation? Il est toujours fâcheux que l'enfant soit soustrait aux siens. Sans doute, les instituts ont leur raison d'être. Leur puissant outillage en « leçons de choses » est d'un grand secours. Mais quand leurs pupilles reviennent à la vie familiale, c'est toute une adaptation sociale à commencer. Cette éducation ne le cède pas à l'instruction en utilité. Aussi le système des classes spéciales où les élèves sont externes (opposés aux internats spéciaux) a-t-il de nombreux partisans. Le mieux est de prévoir, comme l'a fait la loi de 1909, les uns et les autres. C'est l'observation médico-pédagogique soigneuse de chaque anormal qui devra renseigner non seulement sur son diagnostic et son traitement, mais sur son genre d'assistance.

V

L'assistance domiciliaire peut être envisagée aussi dans la lutte antialcoolique pour un certain nombre d'intoxiqués. Le nombre des *alcooliques* qui deviennent aliénés est considérable : 47 pour 100 (hommes), 20 pour 100 (femmes) des entrants d'après les dernières statistiques de Magnan à l'admission. On sait que dans la Seine la consommation d'alcool peut atteindre 5 litres par tête, soit, enfants déduits, plus de 13 litres par tête d'adulte (1).

Tous les moyens sont donc de mise pour combattre un pareil fléau : hôpitaux, asiles d'aliénés, maisons de cure proposées par Triboulet, etc., et surtout dispensaires. C'est en effet dans les dispensaires que trouveraient un appui solide les œuvres de propagande antialcoolique, seul moyen de lutte sur lequel tout le monde soit d'accord, puisque la limitation du nombre des débits ne peut être obtenue du Parlement. C'est là, à sa consultation, que le médecin pourra dépister cliniquement les petits alcoolismes, à formes si insidieuses, et essayer l'éducation du malade et de ses proches qu'il sera facile de faire venir, en usant de prétextes au besoin. Sur les murs devront être affichés les appels de diverses œuvres (Ligue nationale contre l'alcoolisme, Étoile bleue, Pensée ouvrière, etc.). On essaiera d'affilier le malade surtout dans les périodes de convalescence à ces différentes sociétés, on lui enseignera les « bons » restaurants, on affichera — ce que je fais à mon dispensaire de l'Arbre-Sec — les recettes de boissons aromatiques à prendre pendant (froides) ou après (chaudes) chaque repas. On s'efforcera de donner quelques conseils sur un peu plus de méthode, un peu plus de régularité dans la vie professionnelle, etc.

Le dispensaire antialcoolique annexé à l'École de psychologie de Bérillon a déjà amorcé la question. Il serait facile de l'étendre beaucoup plus, suivant les grandes lignes énoncées plus haut (et à peu de frais), dans les locaux qui servent de dispensaires actuels à l'Assistance publique.

VI

Un groupe de cérébropathies où l'assistance à domicile est, cette fois, affaire de doctrine : les *psychonévroses*. La grande majorité des auteurs ordonne l'isolement, presque toujours réalisé par l'in-

---

(1) Sellier, *Bull. munic. off.*, 1911.

ternement. Un petit groupe de neurologistes lutte au contraire pour la cure libre. L'assistance de ces malades se déduit de leur traitement, qui pour eux se résume en une série d'éducations : éducation normale, — et de plus vitale (réadaptation aux occupations, aux distractions) — et enfin sociale (réadaptation aux proches, à l'entourage en « milieu humain » (P.-E. Lévy). En rendant au malade la surveillance de ses dysharmonies mentales (Jones), on lui permet de développer son indépendance personnelle par le pouvoir de volonté et la maîtrise de soi-même. C'est toute la méthode de psycho-analyse de Frèud. L'isolement est considéré comme des plus nuisibles. Bien mieux, il serait la cause directe de rechutes se produisant de façon soudaine.

Relèvent de ce traitement la plupart des *neurasthénies*, *psychasthénies* à forme phobique ou obsédante, gastropathies nerveuses, etc. — et aussi un grand nombre de cas d'altération faible des facultés affectives. Nous en soignons beaucoup, — en les gardant chez eux et avec succès, soit à notre consultation privée, soit à celle de notre dispensaire (car ces affections sont bien plus fréquentes qu'on ne le croit dans la classe ouvrière), par les procédés psychothérapiques, associés aux médications pharmaceutiques variées, à l'hypodermie, aux pratiques hydriques, etc. La surveillance des symptômes organiques (constipation, menstruation exagérée, etc.) permet aussi de prévenir un certain nombre de ces paroxysmes mentaux intercurrents qui occasionnent les internements d'urgence.

Pour ce qui est des *hystériques* auxquels depuis Charcot on applique tant l'isolement, soit dans les asiles soit dans les hôpitaux, l'expérience montre qu'un certain nombre d'entre eux peuvent être soignés chez eux-mêmes. Sans doute, très souvent, les cohabitants de ces névropathes, névropathes aussi, mobiles, impressionnables, menteurs, réagissent fâcheusement les uns sur les autres : mais comme on ne peut les interner tous, n'est-ce pas justement un signe qu'il faut surtout traiter, éduquer, conseiller l'ensemble de la famille? Là, on réussira surtout si l'on trouve un chef de famille ayant quelque énergie et autorité. Il restera au médecin à se faire comprendre des uns et des autres et à les aider à ce qu'ils se comprennent mutuellement les uns les autres.

VII

Allons plus loin : la possibilité d'un traitement domiciliaire doit s'envisager même lorsqu'il s'agit de *maladies mentales aiguës*, les confusions mentales particulièrement.

Forcément, l'internement constitue, pour l'avenir des individus, une véritable tare, de plus en plus préjudiciable dans la lutte pour la vie, chaque jour plus difficile. Dans le département de la Seine, il faut, de plus, tenir compte du passage fréquent par ce Dépôt de la Préfecture de police, où le séjour est déplorable, de l'aveu de tous. Aussi notera-t-on soigneusement les cas où il n'est pas impossible de garder le délirant à domicile à cause de son agitation, de ses cris, de ses menaces. Il est, en effet, des délires paisibles ne s'exerçant que sur des sujets — personnes ou objets — éloignés, ce qui diminue les risques. Ceux-là, on peut, on doit les garder à domicile.

D'autre part, même dans des délires d'une extériorisation plus dramatique, les progrès de la thérapeutique moderne permettent une sédation rapide. Qu'on recherche les anomalies ou les déchéances de la nutrition circulatoires, respiratoires, gastriques, intestinales, auxquelles le délire onirique est plus ou moins étroitement associé. Les bains ou draps mouillés, le régime lacté ou déchloruré, la saignée (délires rénaux ou hépatiques), les injections de sérum (confusion mentale de dénutrition), les hypnotiques par voie buccale, rectale ou hypodermique (excitation maniaque, délires subaigus et délires aigus des alcooliques), joints à la présence d'infirmiers en nombre suffisant assurant en particulier le repos au lit absolu, agissent souvent remarquablement. Nous en avons eu maintes fois la preuve en clientèle. Appelé par des confrères pour interner dans des cas semblant relever exclusivement d'un internement immédiat, nous avons pu, à la surprise générale, guérir le délirant chez lui-même, au milieu des siens, en relativement peu de temps, quitte à le laisser sortir régulièrement pour aller à l'établissement hydrothérapique à la période de convalescence.

Le traitement atteignait, d'ailleurs, dans le milieu familial, une individualisation qui eût été impossible dans un établissement collectif.

Il n'est pas jusqu'à quelques *morphiniques* (pas tous, bien évidemment) qu'on ne puisse soigner à domicile, par un certain nombre de substitutions thérapeutiques et de petits procédés suggestifs combinés, trop longs à exposer ici. Nous en pourrions également citer des cas.

VIII

Les objections à l'assistance homo-familiale ne manquent pas.

L'objection fondamentale : on énumérera la liste, malheureusement journalière, de tous les crimes et délits commis par les aliénés

en liberté, comme on l'a fait lors de la création des colonies hétéro-familiales. Mais nous ne cesserons de répéter qu'il ne s'agit pour nous que d'un procédé accessoire, annexé aux autres, et qu'il exige avant tout une sérieuse sélection d'espèces. D'ailleurs, ce sont surtout les cas défavorables et bruyants qui, — comme toujours, — attirent l'attention publique. Des bons, on parle peu.

Que de malades, surtout des chroniques, sont, au contraire, favorablement influencés par un accueil familial bien conduit ! Combien, par l'attitude de leur famille rendue franche et prévenante sur conseils médicaux, ont vu céder leur orgueil, leur maniérisme, leur défiance et augmenter leur énergie au travail, leur éveil progressif à la vie sociale !

Mais ce mode d'assistance, qui paraît si élémentaire et si simple, est en réalité d'une extrême difficulté d'application, précisément parce que l'individualisation du traitement y atteint son maximum. Et c'est là une autre sérieuse objection. Mais c'est une affaire de soins. Chaque cas doit être envisagé et jugé en lui-même, en tenant compte de tous les éléments du problème. Le choix des malades et des familles doit être aussi minutieux, plus minutieux encore, que dans les colonies hétéro-familiales.

Choix des malades. — Ce qui doit décider avant tout, ici, c'est moins la forme nosologique de la psychose que la personnalité de l'individu, son caractère habituel, sa manière de réagir à son délire et aux impressions extérieures. On peut s'attendre à des surprises, et l'expérience de Van Deventer (1), dans ses placements en Hollande, le confirme. On ne pensera pas que les dociles, les laborieux sont forcément toujours ceux qui donnent les meilleurs résultats, et inversement. L'expérience personnelle est ici la meilleure garantie préventive : question de flair. En tous cas, on exclura absolument les malades dont les sentiments affectifs sont pervertis au point d'être indifférents ou hostiles aux leurs, ceux à idées de suicide trop enracinée, les agités à tendance homicide, les raisonnants, les querelleurs, les persécutés-persécuteurs, les persécutés, dont le délire s'est souvent préparé au milieu ou par ce concours même de circonstances qui continuent à s'exercer (Sollier). On se montrera très difficile sur le choix des idiots, imbéciles, déments précoces, déments paranoïaques, et surtout de ces récidivistes de l'internement, exploiteurs des asiles (aliénés difficiles de Colin) qui pourraient être tentés d'échapper par un moyen quelconque à la mise en la troisième section de Villejuif.

---

(1) Van DEVENTER, *Congrès d'assist. des aliénés*, 1910.

L'assistance domiciliaire sera en général plus facile à réaliser avec les femmes qu'avec les hommes, en raison de ce qu'elles peuvent être plus facilement maintenues, et de ce que, quand elles sont atteintes chroniquement, on peut leur trouver dans la couture, la lingerie, du travail à leur domicile même, travail qui a l'avantage aussi de pouvoir être facilement gradué.

Choix des familles. — Il faut naturellement que la famille ait, tout d'abord, la possibilité de se charger des soins. Toute famille dont les membres travaillent tous au dehors s'élimine d'elle-même. La présence d'enfants n'est pas une contre-indication, quelquefois même au contraire. Il faut tenir grand compte de la mentalité des familles et éliminer toutes celles qui manquent par trop de jugement, de circonspection, de bienveillance, de fermeté, ou lorsqu'il y a conflit entre les différents membres relativement aux malades et aux soins (Sollier). Tous doivent être instruits du genre, de la gravité de l'affection, et cela dès les premiers jours. On doit leur expliquer la marche à suivre pour un internement dont la nécessité peut se présenter d'une minute à l'autre. D'ailleurs, quand il s'agira d'un sortant d'asile, le lien avec l'asile devra être conservé (retour aux consultations, etc.). Le médecin aura beaucoup à s'inspirer du résultat donné par les congés d'essai qui doivent être multipliés et rendus de plus en plus longs pendant le temps de l'internement.

Le médecin. — Comme chaque fois qu'il s'agit d'aliénés (asiles, maisons de santé), le traitement doit être tout entier entre les mains d'un médecin spécialiste en psychiatrie qui, seul, peut assurer l'unité de direction. C'est qu'en effet, ici comme dans les asiles, la part du médecin est capitale. Il faut que le malade puisse trouver conseil et appui auprès de lui à toute heure. C'est pourquoi, à l'encontre de ce qui se pratique dans l'assistance parisienne, ce serait au même à assumer, par circonscriptions régionales, les visites à domicile et les consultations au dispensaire.

On pourrait aller plus loin, et demander avec Van Deventer, dans le remarquable rapport cité plus haut, l'adjonction à ces dispensaires de petites salles hydrothérapiques, de bascules pour peser, et d'un bureau qui servirait aussi d'une sorte d'office du travail, formant lien d'une part avec les asiles, de l'autre avec les différentes sociétés de patronage, et d'où les malades pourraient être distribués dans les divers ateliers ou colonies agricoles. La charité privée pourrait s'exercer utilement dans ces « centres de secours », où l'on donnerait aussi du linge, des vêtements et quelque argent.

En attendant, on pourrait se contenter d'une organisation modeste, s'inspirant de celle de l'assistance publique à domicile actuelle, et même encadrée par elle. Car peu importe scientifiquement que l'assistance psychiatrique à domicile dépende de l'Assistance publique de Paris ou de la Préfecture de la Seine. Peut-être pourrait-on rappeler à ce propos que, de toutes parts, on réclame de sérieuses modifications dans le service des Bureaux de bienfaisance. Aux modes anciens, il faut substituer des moyens de secours modernes : consultations spéciales, distribution d'appareils prothétiques ou orthopédiques (1), et nous ajouterons : surveillance et traitement de quelques malades cérébraux minutieusement choisis.

Une adjonction indispensable : la création d'*infirmières à domicile*, que des écoles privées et l'École municipale de la Salpêtrière peuvent former de jour en jour plus nombreuses. Il s'agirait ici d'infirmières rompues à la pratique des malades mentaux par des cours spéciaux, un apprentissage préalable dans les asiles, etc. Ces infirmières, un peu garde-malades, un peu femmes de ménage, seraient en outre un puissant auxiliaire pour la propagation des notions d'hygiène générale (cuisine rationnelle, propreté individuelle et des locaux) et pour la lutte contre ces préjugés, qui pèsent encore si lourdement dans l'opinion publique, sur tout ce qui touche de près ou de loin aux maladies mentales et à leur prétendue incurabilité.

IX

Les dispensaires psychiatriques peuvent rendre encore d'autres services. Plus on va, plus on apprécie, à côté de la médecine qui guérit, l'hygiène qui prévient ; le rôle de celle-ci grandira encore, dans la suite des temps. Où, mieux qu'au dispensaire, serait-il plus facile, pour le médecin, de démêler parmi sa clientèle de consultants ceux qui sont le plus prédisposés ? Anamnèse des antécédents héréditaires, plus particulièrement des antécédents directs. Recherche des signes morphologiques de dégénérescence indiquant la vulnérabilité cérébrale. Examen de la profession et des conditions dans lesquelles elle est exercée (métiers se rattachant à l'alcool, intoxications lentes saturnine ou oxycarbonée, caféisme, nicotinisme). Étude du caractère individuel (tendances à la psychasthénie, à l'amoralité). Dépistage de la paralysie générale au début. Mise

(1) Drouineau, Assistance à domicile, *Rev. philanthr.*, novembre 1911.

à l'écart du conjoint dans les cas possibles de délire à deux. Opposition aux pratiques menant au délire mystique (religiosité exagérée, spiritisme).

Explications des dangers du surmenage physique ou intellectuel, de l'onanisme. Invitation à la résignation devant certains échecs inévitables de la vie, etc.

La prophylaxie de l'arriération mentale comporterait, de son côté, la cure antisyphilitique, la surveillance des cas de grossesse (examen des urines, etc.).

Le psychiatre de dispensaire aiderait de ses conseils plus particulièrement les déficients mentaux dans le choix d'une carrière, en se rappelant que les oisifs, les vagabonds, les dévoyés, sont très aptes aux cérébropathies. Il préconiserait chez beaucoup de citadins et de déracinés le retour à la vie rurale.

Une tâche des plus intéressantes serait la surveillance du début des psychoses circulaires (moindre capacité de travail professionnel annonçant les phases dépressives, instabilité, irrégularité du travail, diminution du sommeil annonçant les phases d'excitation), car des mesures immédiates pourraient être prises ; même, il n'est pas impossible de prévoir, du même coup, la prophylaxie d'un grand nombre de délits et de crimes, aujourd'hui surtout que les idées sont orientées vers la criminalité scientifique et pour ainsi dire clinique — car ce n'est pas le genre de l'acte qui importe, mais bien la nature, l'organisation de l'individu qui l'a commis, tout un concours de circonstances extrinsèques se trouvant d'ailleurs propices. La nocivité est une question de psychiatrie. Son étude exige au plus haut point la connaissance des états de dégénérescence.

X

L'assistance psychiatrique à domicile est, on le voit, d'une nécessité scientifique et sociale incontestable. Sa valeur économique n'est pas moindre. Le nombre des aliénés assistés par le département de la Seine augmente chaque année dans de grandes proportions (augmentation de la population du département, extension de l'alcoolisme et de son empreinte dégénérative sur la descendance) (1). L'accroissement du nombre de journées de traitement a été de 1905 à 1910 (en comptant chaque nombre sur l'année précédente) : + 48 144, — 10 584, + 88 456, + 80 350, + 75 656. Pour

(1) Magnan, *Rapport sur le service des aliénés*, 1911.

1912, 400 malades sont prévus en plus. Jamais il n'y eut pareil encombrement. Les espoirs fondés successivement sur Maison-Blanche, puis Moisselles, ont été déçus (1). C'est ici qu'on peut rappeler le mot de Parchappè que « se trouve détruite par l'encombrement cette harmonie de combinaison des placements sur lesquels repose, par la possibilité de réaliser le traitement moral, l'ordre, le calme, la discipline, tout ce qui est de nature à assurer le bien-être des malades ».

Quant aux dépenses, elles augmentent encore davantage proportionnellement : cherté croissante des terrains pour construction d'asile, augmentation sur tous les budgets des frais de personnel administratif, médical et secondaire. Ce dernier surtout. La loi sur le repos hebdomadaire, les nouveaux règlements sur la suppression du roulement, sur l'augmentation du nombre des veilleurs, ont fait incessamment monter le prix de journée à payer pour le département. A l'asile clinique, il vient d'arriver à 4 fr. 32 (2), dont 17 pour 100 pour les frais généraux, 47 pour 100 pour le personnel et seulement 36 pour 100 pour les malades. En somme, les frais ressortent, pour le département seulement, à 14 millions !

Maintenant que, un septième asile étant bientôt en construction, on est déjà obligé de reconnaître avec le rapporteur du budget des asiles, M. Navarre, son insuffisance, et qu'on se demande au Conseil général quelles mesures financières nouvelles on pourra bien prendre, n'est-ce pas le moment bien choisi pour essayer de diminuer — ne serait-ce qu'en de faibles proportions — un budget aussi formidable, par quelques nouvelles mesures d'assistance s'annexant modestement aux anciennes et moins coûteuses ? Que n'obtiendrait-on pas avec une subvention familiale de 3 francs et même 2 francs par jour !

C'est donc l'heure d'examiner l'assistance psychiatrique à domicile pour un certain nombre de malades à sélectionner. Quant à la ventilation des dépenses incombant, pour un pareil projet, tantôt à l'Assistance publique (assimilation possible des vésaniques aux malades médico-chirurgicaux, de certains chroniques aux protégés de la loi de 1905), tantôt au département, tantôt même à l'État, elle ne serait pas un obstacle pour des administrations voulant rajeunir leurs méthodes d'assistance.

---

(1) Briand, *Rapport sur le service des aliénés*, 1911.
(2) Navarre, H. Rousselle, rapports, passim, *Bull. mun. off.*, 1911.

Quelques réflexions pratiques sur la médication antispasmodique

Par M. le docteur M. NIGOUL.

Il est curieux de constater combien la médication antispasmodique, si utile au médecin, est pauvre en principes actifs. A part le bromure et les valérianates, on ne voit guère employer en pratique le castoreum, l'ambre, le camphre, le musc, et, si nous prescrivons l'eau de laurier-cerise, ce n'est pas assurément *larga manu*, et pour agir sur les états spasmodiques divers.

En réalité, les substances thérapeutiques destinées à restituer au système nerveux le pouvoir régulateur que les états morbides lui ont fait perdre et à calmer les excitations cérébro-spinales, sont uniquement le bromure et la valériane.

Or, nous n'étonnerons personne en disant qu'il y a là une réelle insuffisance, car l'étude approfondie de ces deux médicaments montre, non seulement qu'ils ont de très nombreux inconvénients, mais encore que leurs propriétés ou bien sont incertaines (valériane et valérianates), ou bien, dans beaucoup de cas (bromures), aboutissent à des effets dépresseurs vraiment trop énergiques et qui deviennent dangereux chez certains malades déprimés ou hyposthéniques.

Examinons un moment cette importante question qui intéresse tous les médecins et particulièrement les spécialistes du système nerveux.

Le bromure de potassium est pour ainsi dire le type des substances qualifiées d'antispasmodiques. Mais de quelle façon agit-il sur le système nerveux? Albertoni, peut-être mieux que Germain Sée, dont les expériences sont cependant classiques, l'a très nettement établi. Le bromure diminue l'excitabilité de la substance corticale du cerveau d'une façon tellement énergique que chez les animaux saturés, l'excitation électrique de la zone motrice rolandique ne provoque plus d'accès d'épilepsie. Il existe donc une dépression cérébrale intense et cette dépression démontrée pour les centres moteurs semble bien être la même pour les centres psychiques et sensitifs. Elle s'étend assurément aussi aux centres échelonnés le long de la substance médullaire, car Schiff et Akesu les ont trouvés congestionnés chez les animaux bromurés.

L'action des bromures est donc probablement due à la localisa-

tion des composés bromés dans le protoplasma des cellules nerveuses et l'on peut dire que les bromures sont des médicaments *altérants* et fortement dépresseurs. L'apathie, la mélancolie, l'indifférence à tout, la lassitude, la perte de forces sont des manifestations de l'activité bromique et, si ce résultat est peut-être à chercher chez les surexcités vésaniques épileptiques ou déments, il est singulièrement à redouter chez les simples neurasthéniques déjà déprimés par leur maladie et, d'une façon générale, chez tous les déséquilibrés ordinaires du système nerveux.

Il paraît démontré, d'autre part, que les bromures agissent en qualité de vaso-constricteurs locaux et d'anémiants cérébraux. Or, si nous laissons de côté l'épilepsie essentielle, pour laquelle le bromure reste le remède de choix et parce qu'il y a dans ce cas des poussées congestives sur la zone motrice, nous dirons que dans la neurasthénie, dans l'hystérie, les manifestations morbides polymorphes dépendent non pas d'un état congestif des centres nerveux, mais d'un état de dystrophie, de dénutrition de l'encéphale en rapport avec des troubles de l'innervation vaso-motrice et qui se traduisent par une instabilité des conditions circulatoires locales. Des périodes d'anémie alternent avec des poussées congestives, mais dans l'ensemble c'est l'ischémie qui domine et c'est pourquoi les bromures sont absolument inutiles sinon contre-indiqués dans l'hystérie et la neurasthénie.

Donc, à notre avis, il faut rejeter nettement l'usage des bromures de la médication habituelle des troubles nerveux autres que l'épilepsie, la démence et les manies aiguës.

Dans tous ces cas, la valériane et le valérianate sont plutôt nécessaires. Mais ici que d'incertitudes et que d'insuffisance ! Les préparations de valériane sont très inégales au point de vue de leur teneur en principe actif. Les unes sont inactives en raison de leur mode de préparation ; d'autres le deviennent bientôt à cause de leur instabilité. On sait que pour la valériane comme pour la digitale et d'autres plantes officinales, l'activité physiologique dépend d'une foule de conditions étrangères à la plante même, la saison de la récolte par exemple, le climat et le terrain où elle pousse, l'altitude, etc... sont des conditions importantes, des coefficients d'activité pour le produit ensuite obtenu.

On sait, d'autre part, que l'essence de valériane, véritable principe actif, est très instable. D'après Kochmann de Berlin, les principes qui la constituent, éthers bornyliques des acides acétique, valérianique et butyrique, se dédoublent sous l'influence de l'air et de l'eau. Les produits de ce dédoublement seraient le bornéol et

des acides gras volatils. Or, l'acide valérianique est très souvent la substance principale trouvée dans les préparations et cet acide est totalement inactif cliniquement.

Pour avoir une valériane active, il faudrait utiliser le suc frais. Or, il est bien difficile de le trouver en pratique et ce n'est pas sans raisons que des auteurs bien documentés ont été jusqu'à refuser toute action thérapeutique à la valériane et aux divers valérianates. « Le valérianate d'ammoniaque, écrit POUCHET, est dépourvu de toute action antispasmodique ainsi que les autres valérianates. Il paraît agir seulement par son ammoniaque qui est un excitant diffusible. » Et plus loin, le même auteur écrit encore : « La part de la suggestion est considérable dans l'efficacité des préparations officinales de valériane. »

C'est un peu dans le même esprit que G. LYON a pu dire : « Dans l'hystérie les différents valérianates sont prescrits moins par conviction de la part du médecin que par suite de la nécessité où il se trouve de ne pas paraître entièrement désarmé. »

Ainsi donc, les deux principaux agents de la médication antispasmodique, bromures et valérianates, ont de tels inconvénients pratiques qu'il nous semble juste de dire que cette médication est insuffisante et qu'il est indispensable de chercher ailleurs de nouveaux moyens d'action.

***

C'est dans cette idée que nous avons, le premier en France, utilisé le véronidia comme antispasmodique à la place de la valériane, et les résultats obtenus par nous dans cette voie, les observations de divers autres médecins, presque toutes analogues aux nôtres, nous permettent de proposer aujourd'hui le véronidia comme antispasmodique d'activité réelle, rapide et on peut dire constante.

Ce médicament que M. BUISSON, docteur en pharmacie, a introduit dans la thérapeutique comme hypnagogue, est une solution de diéthylmalonylurée entièrement libre dans un véhicule spécial ayant une action synergique et constitué par des extraits fluides de plantes appartenant à la famille des Orchidacées.

C'est un liquide brunâtre, *sans odeur*, sans mauvais goût et d'un usage très pratique.

Dans un travail important du docteur NOÉ, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Paris, nous trouvons une étude comparative entre le véronal et véronal sodique d'une part, et le véro-

nidia d'autre part. L'auteur montre que ce dernier médicament est le seul qui renferme de la diéthymalonylurée *entièrement* libre et *chimiquement pure* et qu'il répond aux *desiderata* de la Société de thérapeutique, qui, en octobre 1906, montrait les inconvénients pour la muqueuse gastrique, de l'absorption d'un véronal cristallisé.

Le docteur Noé insistait aussi sur la valeur antispasmodique des substances synergiques entrant dans la solution, sur l'absence d'amertume, le dosage rigoureux, l'élimination rénale, le peu de toxicité et le manque d'accumulation du véronidia.

Ce qui prouve bien, en effet, l'importance thérapeutique des principes synergiques contenus dans le véhicule préparé par M. Buisson, c'est ce simple fait qu'une cuillerée à soupe de véronidia renfermant 0 gr. 25 de diéthylmalonylurée, est très supérieure comme activité à 0 gr. 25 de ce même corps chimique absorbé isolément.

Frappés de ce fait que cette simple dose (une cuillerée à soupe) prise le soir, une demi-heure environ avant le coucher, amène un sommeil de 6 à 7 heures, calme, réparateur et qu'au réveil on ne constate pas de céphalée et de troubles secondaires ; frappés aussi de ce fait que l'accoutumance ne s'établit pas chez ceux-là même qui abusent du produit, nous avons voulu l'expérimenter au point de vue antispasmodique et nous sommes arrivés à conclure que, à la dose de deux cuillerées à café par jour, le véronidia représente un bon moyen de diminuer le spasme, l'excitabilité neuro-musculaire, cérébrale et spinale, qu'il est un bon sédatif des états névropathiques et que, sans inconvénients d'aucune sorte, il est bien supporté par les malades névropathes chroniques, ou simplement en état passager d'excitation ou de dépression.

Voici, sur 47 observations recueillies, quelques cas résumés.

Observation III. — Musicien, compositeur, 58 ans, neurasthénique. Il existe chez ce malade une excitation cérébrale manifeste provoquée par du surmenage et de l'insomnie ; céphalées fréquentes, asthénie, léger tremblement des mains, périodes d'excitation et de dépression fréquentes.

Nous donnons deux cuillerées à café par jour de véronidia.

Rapidement, dès le deuxième jour du traitement, le sommeil est revenu. Bientôt après, sensation générale de calme, de bien-être, disparition de la céphalée. Au bout de deux semaines, ce malade cesse le traitement fort amélioré. Il reprend le médicament lui-même, pendant plusieurs jours de suite, quand il sent revenir ses périodes d'excitation.

Aucun symptôme secondaire à signaler.

Observation V. — Jeune homme de 17 ans, névropathe, palpitations fréquentes. Céphalée presque journalière et aux mêmes heures. Il existe des épistaxis fréquentes ; la pression sanguine marque 18.

Nous donnons 2 cuillerées à café de véronidia par jour. Effets rapides sur la céphalée et les épistaxis ; les palpitations persistent. Nous donnons 3 cuillerées à café pendant 3 jours. Diminution des palpitations. Le malade revient à 2 cuillerées à café. La sédation générale du système nerveux persiste.

Amélioration manifeste.

Aucun trouble secondaire à signaler.

Observation VI. — Homme de 41 ans, neurasthénique. Ce malade est un inquiet. Il est constamment absorbé par la crainte des mauvaises affaires qui sont pourtant très bonnes pour lui.

Insomnie, impuissance sexuelle, céphalalgie, excitation psychique (jalousie intense pour sa femme), mélancolie.

Nous donnons, avec les reconstituants, 2 cuillerées à café de véronidia par jour pendant 2 semaines.

Excellents effets sur l'insomnie, qui disparaît dès le deuxième jour. État général meilleur. Disparition de la céphalalgie. Persistance de cette préoccupation continuelle. Mais ce malade, qui jusque-là refusait de prendre la moindre distraction et de sortir, consent maintenant à vivre comme tout le monde. Il espère guérir. Aucun médicament n'avait donné ce résultat.

Pas de troubles toxiques ou d'intolérance à signaler.

Observation X. — Jeune femme de 29 ans, vendeuse dans un grand magasin. Instabilité nerveuse, pleurs faciles, légère asthénie, crainte tenace de tomber malade, grande fatigue due au surmenage.

Nous donnons, avec la médication ferrugineuse et phosphatée, 2 cuillerées à café par jour de véronidia.

Au bout d'une semaine, état général bien meilleur. Sédation générale de l'excitabilité nerveuse. La malade se sent beaucoup mieux. Elle avait pris auparavant du valérianate d'ammoniaque sans résultat.

Observation XXI. — Jeune femme de 24 ans, professeur de chant et chanteuse dans un théâtre lyrique.

État névropathique très net, palpitations fréquentes, insomnies la veille d'une apparition importante en scène avec voix moins souple. Craintes fréquentes de ne pouvoir continuer son métier, pleurs faciles.

Nous donnons seulement 2 cuillerées à café de véronidia.

Résultats rapides et très nets sur l'état nerveux, l'insomnie et les palpitations. La malade est très améliorée au point de vue spasmodique.

Observation XXVI. — Jeune fille de 20 ans. Hystérie confirmée. État mental classique de l'hystérie.

Nous donnons d'abord 3 cuillerées à café de véronidia pendant 5 jours. Les crises diminuent ; l'état général est meilleur.

Nous donnons 2 cuillerées à café par jour pendant 2 semaines ; l'état général reste meilleur.

Le sommeil est très tranquille. La malade est plus calme, beaucoup moins extravagante ; les crises persistent, mais très diminuées.

Pas d'effets secondaires fâcheux.

Pour ne pas allonger inutilement cette communication, nous ne citerons pas les autres observations. Celles-ci, d'ailleurs, ont beaucoup d'analogie avec les précédentes. De cet ensemble de faits cliniques résultent les conclusions suivantes :

Et d'abord, une remarque s'impose : le remède a la même action

sédative générale sur les excités habituels et sur ceux qui ont des symptômes d'excitation passagère comme il arrive chez les déprimés et les neurasthéniques. Presque tous nos malades qui ont absorbé pendant 2 semaines environ la dose habituelle de 2 cuillerées à café par jour ont éprouvé un changement favorable dans leur état général. Ils étaient plus calmes, se sentaient plus de forces, pouvaient dormir facilement et reprendre leurs occupations habituelles avec plus d'attention.

D'autre part, les symptômes spasmodiques comme les palpitations, la céphalalgie, le tremblement, certaines polyuries et certains spasmes intestinaux se sont presque partout amendés. L'action antispasmodique du véronidia, pris à faible dose, n'est donc pas douteuse, et de plus elle est rapide, presque constante.

Cette action antispasmodique a été observée aussi par d'autres médecins, et le professeur Faivre, de Poitiers, a publié des observations de manie aiguë délirante calmée très rapidement, par des doses élevées (3 cuillerées à soupe) de véronidia. Il fallait évidemment, dans ces cas, proportionner la dose à l'intensité des phénomènes à combattre.

En second lieu, il faut remarquer, d'après nos observations, que les déprimés, les neurasthéniques n'éprouvent pas une sensation de lassitude plus forte en utilisant le remède. Bien au contraire ; est-ce effet sédatif général, est-ce retour du sommeil, est-ce régularisation de la nutrition? ils se sentent plus de forces et d'aptitude au travail.

Le véronidia n'est donc pas un dépresseur, un hyposténiant.

En troisième lieu, nous ne constatons pas d'accoutumances et pas de troubles secondaires, ni sur l'estomac, l'intestin, ni sur le cerveau, ni sur l'épiderme, ni sur le rein.

Nous n'avons pas eu de grands résultats sur l'hypertension artérielle ou seulement des résultats insuffisants. Mais aussi, il y a sous ce symptôme, d'autres causes qu'une irritabilité nerveuse. Il y a des troubles toxiques et des altérations circulatoires. Cependant, chez les neurasthéniques à pression variable (17 à certaines heures, 20 à d'autres et 23) nous avons pu, dans une réelle mesure, régulariser cette pression.

Il y a un point important de pratique sur lequel nous voulons insister : c'est la posologie.

Certains auteurs ont voulu donner 3 et 4 cuillerées à café par jour aux névropathes. C'est un tort. A notre avis, et nous avons de nombreuses observations à ce sujet, ne donnez jamais plus de 2 cuillerées à café de véronidia par jour si vous voulez obtenir

seulement des effets antispasmodiques. Au delà de cette dose, vous obtenez une action hypnagogue, surtout chez les surmenées hyposthéniques.

Il ne faut pas oublier que ce médicament est un hypnotique puissant et que si nous le déclarons un bon antispasmodique, c'est parce que, *utilisé à doses faibles*, il est un véritable sédatif du système nerveux central.

Nous proposons donc cette dernière et résumée conclusion :

Le véronidia, à la dose de 2 cuillerées à café par jour, est un véritable antispasmodique, d'activité rapide, énergique et constante, non dépressif, non asthéniant et sans effets secondaires. Il est supérieur aux bromures et aux valérianates dans le traitement habituel des états névropathiques autres que l'épilepsie et la démence caractérisée, c'et-à-dire dans l'hystérie, neurasthénie, les excitations de toutes sortes, le déséquilibre neuro-musculaire et cérébro-spinal.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ET

SÉANCE DE CLOTURE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée générale eut lieu le mardi 2 avril, à quatre heures et demie du soir.

On vota d'abord le vœu émis par le professeur Régis sur l'assistance des aliénés aux colonies (vœu que nous avons reproduit à la fin de la discussion de son rapport) et que les médecins belges présents au congrès exprimèrent le désir de voir appliqué à la Belgique ; puis le vœu du professeur agrégé Dupré contre l'alcoolisme en France et aux colonies, enfin le vœu sur l'assistance des aliénés au Maroc présenté par le rapporteur au nom de MM. Sérieux et Lwoff. (V. page 54.)

* * *

L'exercice financier de la XXI[e] Session, communiqué par le Secrétaire général du Comité permanent, au nom du docteur R. Charon d'Amiens, est approuvé. (V. page 13.)

* * *

L'Assemblée générale procède à l'élection de deux membres du Comité permanent, en remplacement des deux membres sortants, MM. Deny et Arnaud.

MM. Klippel et Vallon sont élus.

* * *

L'Assemblée générale confirme la prochaine session du Congrès (XXIII[e]) qui aura lieu au Puy en août 1913, sous la présidence du docteur Arnaud, de Vanves, avec le docteur Suttel comme secrétaire général.

Elle décide que la XXIV[e] Session se tiendra à Luxembourg en 1914, sous la présidence du professeur agrégé Dupré, qui est nommé vice-président du XXIII[e] Congrès.

* * *

Les questions proposées et adoptées pour le Congrès du Puy sont celles qui avaient déjà été choisies par le Congrès d'Amiens :

Première question : *Les troubles du mouvement dans la démence précoce.* Rapporteur : M. Lagriffe (d'Auxerre).

Deuxième question : *De l'anesthésie dans l'hémiplégie cérébrale.* Rapporteur : M. Monier-Vinard (de Paris).

Troisième question : *Conditions de l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue thérapeutique et médico-légal.* Rapporteur : M. Picqué (de Paris).



SÉANCE DE CLOTURE

Après un certain nombre de communications diverses, le jeudi matin, 4 avril, le XXII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes termine ses travaux. Quelques allocutions sont prononcées.

Le médecin principal, professeur Simonin, chef de la mission du ministère de la Guerre, prend la parole dans les termes suivants :

Monsieur le Président,
Messieurs et très honorés Confrères,

La mission qui nous a été confiée cette année est de celles qu'on accueille avec la plus grande joie, et tel a bien été notre sentiment en venant à Tunis collaborer à vos travaux.

On parle souvent dans l'armée de la fraternité d'armes et on la considère, à juste titre, comme un des liens les plus puissants parmi ceux qui relient les divers membres de la collectivité militaire. Ici, c'est une précieuse *confraternité* qui nous unit, et nous trouvons dans votre si bienveillant accueil une preuve éclatante de ces sentiments de cordiale sympathie. Elle nous touche profondément.

Cette année, pour la première fois, la marine, l'armée coloniale et l'armée métropolitaine ont répondu à votre appel, avec un ensemble qui ne peut manquer de vous satisfaire, puisque vous avez bien voulu, depuis quelques années, convier tout le corps médical militaire à participer à vos travaux.

Les études de psychiatrie intéressent au plus haut degré les trois départements ministériels : Guerre, Marine et Colonies ; leur collaboration est et doit rester très étroite chaque fois que la possibilité d'un progrès se présente, chaque fois qu'un effort est nécessaire dans l'intérêt général de l'armée et du pays dont celle-ci est une si importante émanation.

Ce n'est pas sans une certaine mélancolie personnelle, et je ne veux pas essayer de la dissimuler, que, depuis quatre ans, j'ai vu grandir à mes côtés mes frères puînés en psychiatrie militaire. La marine a, depuis plus de deux ans, son statut psychiatrique ; l'armée coloniale est à la veille de constituer le sien, ainsi que nous l'ont affirmé M. le docteur Martin et M. le médecin inspecteur

général Grall, alors que l'armée métropolitaine attend encore la consécration officielle de ses efforts. Nous appartenons désormais à la classe des enfants arriérés ou retardés, après avoir donné à nos aimables parrains des espérances prometteuses que nous sommes, hélas, bien lents à réaliser. Faut-il rechercher la cause de ce retard dans l'indifférence de notre direction?

Je ne voudrais pas vous laisser un seul instant vous arrêter à cette hypothèse. Les graves soucis causés par l'organisation et le fonctionnement du service de santé métropolitain au Maroc ont simplement absorbé, depuis de longs mois, le meilleur de notre personnel et de nos efforts, mais je vous apporte l'assurance que pas un instant l'oubli n'a pu menacer nos projets et nos légitimes espérances.

Et pourquoi ne dirais-je pas aussi que ce qui a manqué à nos jeunes troupes de psychiatrie métropolitaine c'est la stratégie consommée, c'est l'incomparable expérience de cet éminent général qu'est notre très sympathique collègue le professeur Régis. La Marine et les Colonies lui doivent trop pour que la métropole ne soit pas heureuse de lui rendre ici un public témoignage.

M. le professeur Régis sait bien toute notre affectueuse admiration pour le véritable monument qu'il est en train d'élever à la psychiatrie militaire, et c'est avec une confiance absolue faite d'estime et de reconnaissance que je lui ai demandé naguère l'appui de sa haute autorité pour compléter l'instruction de nos néophytes de la psychiatrie métropolitaine. J'ai été particulièrement heureux de lui entendre dire que la psychiatrie avait tout intérêt à ne pas se séparer de la clinique générale ; cela me console un peu d'être venu si tard à votre spécialisation, absorbé que j'étais par une pathologie plus étendue mais qui n'en est pas moins une bonne préparation à un effort orienté dans une autre direction.

En cette fin de Congrès, j'adresse nos remerciements émus à notre très distingué président ; à tous les membres de la XXII[e] session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Je n'aurai garde d'oublier, dans cet hommage reconnaissant, les aimables et vaillantes dames congressistes qui n'ont pas hésité à braver la mer et aussi les frimas pour apporter le précieux encouragement de leur présence à nos luttes pacifiques.

Tous nos vœux une dernière fois à l'union féconde de la psychiatrie civile et militaire.

M. le médecin inspecteur général Grall, représentant du ministre des Colonies, exprime, à son tour, en quelques paroles émues, tout le plaisir qu'il a ressenti à participer aux travaux de la XXII[e] session du Congrès.

M. l'inspecteur général Granier, au nom de ministre de l'Intérieur, fait des vœux anticipés pour que la réunion du prochain Congrès au Puy soit la digne continuation de celui de Tunis, dont il emporte un si bon souvenir.

Il propose de voter par acclamation de chaleureux remerciements à M. le docteur Porot, secrétaire général du Congrès, qui a su s'acquitter d'une tâche particulièrement difficile avec une rare distinction et un absolu dévouement.

Le docteur Mabille, président du Congrès, prend enfin la parole et clôt la session par les quelques mots suivants :

Mesdames, Messieurs,

Au moment où le XXII[e] Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française va bientôt terminer ses travaux, après le séjour enchanteur que nous venons de faire dans ce beau pays de Tunisie, il me reste à adresser à nouveau mes remerciements à tous ceux qui nous y ont réservé un accueil inoubliable, en particulier à M. le Ministre-Résident et à Mme Alapetite, à M. le Secrétaire général Blanc et à nos confrères de Tunisie.

Je ne saurais trouver d'expressions assez vives pour leur exprimer toute notre reconnaissance et je suis sûr d'être votre interprète en remerciant d'une façon toute spéciale MM. les délégués des ministères français et étrangers et MM. les délégués des Sociétés savantes, de la haute marque d'estime qu'ils nous ont accordée en assistant à nos travaux.

Je veux dire aussi à nos rapporteurs que, si le Congrès de Tunis est et restera un de nos bons Congrès, c'est à eux-mêmes qu'en revient surtout le mérite. Car ils ont su, avec l'autorité qui leur appartient, traiter d'une façon magistrale les questions soumises à votre étude.

Mais, pour qu'un Congrès puisse s'organiser, pour qu'il puisse aboutir à un résultat utile, le Secrétaire général doit se multiplier, donner des preuves inlassables de son activité ; et cela est particulièrement vrai quand le Congrès se réunit dans une contrée éloignée de la France. C'est vous dire toutes les difficultés que notre distingué secrétaire général, le docteur Porot, a dû surmonter pour obtenir le résultat heureux que nous avons la joie de constater.

Qu'il reçoive donc en ce moment le témoignage unanime de toute notre gratitude.

Je remercie aussi les membres de la presse médicale et de la grande presse du concours si dévoué qu'ils nous ont prêté.

Quand nous aurons quitté, dans quelques jours, cette magnifique contrée, que le souvenir de notre passage à Tunis ne disparaisse pas entièrement !

Et que ces membres de la Presse médicale, assurés de trouver un appui sérieux près de l'Administration tunisienne, étudiant à leur tour cette importante question de l'assistance des aliénés dans nos colonies, disent tout ce qu'il reste à faire, et disent aussi ce qui a été fait à Tunis même !

Et quant à vous, Mesdames, qui n'avez pas craint les fatigues d'une longue traversée, laissez-moi vous dire que, si le Congrès de Tunis a eu un succès aussi éclatant, c'est aussi à vous que nous le devons.

Nos assemblées, à l'aspect sévère, ont acquis par votre présence un charme tout spécial et nos Congrès, comme les diamants, vous empruntent tout leur éclat.

Nous vous retrouverons l'an prochain, plus nombreuses encore au Congrès du Puy.

Que Mme Porot, la digne compagne de notre si distingué Secrétaire général, que Mme Porot, qui, pendant toute la durée du Congrès a multiplié ses efforts et s'est dépensée sans compter, reçoive particulièrement et entre toutes le témoignage reconnaissant de la respectueuse sympathie qu'elle a su nous inspirer à tous, et qu'elle veuille bien, suivant l'exemple de Mme Alapetite, continuer à mettre au service de notre cause, avec tout son cœur, sa si gracieuse et si intelligente activité.

Mesdames, messieurs, je déclare close la session du Congrès de Tunis.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS (1)

Dimanche 31 mars.

Excursion à Carthage et Sidi-Bou-Saïd. — Après la séance solennelle d'ouverture qui eut lieu le matin, les Congressistes partaient à 2 heures du soir en tramway électrique à Sidi-Bou-Saïd, exquis petit village purement arabe, perché sur une colline d'où l'on domine tout le golfe de Tunis. C'est un des plus beaux panoramas qu'il soit donné de contempler sur les rives de la Méditerranée.

Une légende locale prétend que c'est là que repose le corps de saint Louis ; les Arabes assurent — et Myriam Harry a reproduit cette légende indigène — que le saint roi ne serait pas mort de la peste sous les murs de Tunis ; il se serait converti à l'islamisme et, devenu un saint marabout, il aurait vécu quelques années encore, faisant du bien autour de lui, étudiant le Coran, et serait enterré sous la mosquée dont l'élégant minaret domine le village.

Quelques minutes après, le tramway électrique nous déposait aux pieds de la colline de Carthage. Une cathédrale banale, des couvents, quelques minuscules villas estivales couvrent seules la nudité de l'antique colline de Byrsa où se tassaient jadis les denses constructions des villes punique et romaine ; quelques pans de mosaïques, des cintres de citernes se voient de place en place le long des tranchées qui bordent la voie électrique jusqu'à Sidi-Bou-Saïd (Mégara, faubourg de Carthage). Des reliefs de ruines, des

---

(1) Avec toute la fraîcheur de leurs impressions, plusieurs membres à leur retour, en des comptes rendus élogieux et parfois pleins de lyrisme, ont donné déjà de cette partie du Congrès des relations fort intéressantes et marquées d'une originalité séduisante. Celles du docteur Logre dans le *Paris médical*, du docteur Famenne dans le *Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique*, du docteur Robert Jones, dans *The Lancet*, du docteur Roger Dupouy dans les *Annales médico-psychologiques*, du docteur Antheaume dans l'*Informateur des médecins aliénistes et neurologistes* (celle-là avec de fort belles illustrations) ont été lues avec tout l'intérêt qu'elles méritaient. Aussi la tâche du secrétaire général en est-elle grandement facilitée et se bornera-t-elle à un résumé succinct des principaux épisodes du voyage en Tunisie.

vestiges de monuments, il n'en est plus ou presque plus. « Grand nom, petites ruines ! » (Logre.) Seuls, quelques trésors de sculpture ou des objets d'art antiques, trouvés dans des tombeaux, véritables puits, à seize mètres de profondeur, ont été patiemment et religieusement recueillis par le R. P. Delattre dans son musée Lavigerie. Cet éminent archéologue fit lui-même aux Congressistes, avec une courtoisie et une simplicité charmantes, les honneurs de ce musée qu'il fonda et qu'il dirige.



Lundi 1er avril

Visite des Souks. — La grande attraction locale de Tunis ! Les Congressistes la visitèrent officiellement le lundi matin à onze heures. C'est l'heure de l'encan ; une foule grouillante anime ces souks ombreux et travailleurs ; c'est là que se vendent et se trafiquent, en des coins divers, chéchias, burnous, bijoux, tapis, dans une criée assourdissante et désordonnée ; le fellah regarde, soupèse, essaye ce que lui tend le Tunisien retors et habile. De chaque côté, dans tout ce réseau de ruelles ouvertes, tortueuses et escarpées, une multitude de logettes, de boutiques minuscules et unicellulaires où l'on coud les gandourahs, où l'on plie les haïks, où l'on martelle les sandales de cuir jaune, où l'on brode des vêtements rehaussés d'or ; il y en a autant que de métiers et ils sont innombrables : souk des selliers, souk des chéchias, souk des orfèvres, souk du cuivre, souk des parfums, etc. ; ce sont des fuseaux de soie qui se déroulent en des mains agiles d'enfant, des tapis qui étalent moelleusement leurs reflets, des cierges de mariage à cinq ou sept branches qui auréolent de petits marchands de parfums assis sur leur banquette et pesant avec préciosité les grammes de jasmin ou de rose qu'ils débitent en de capillaires flacons. Et toute cette polychromie de gandourahs moirées aux douces teintes mauve, jaune, vert amande, striée des rais de soleil qui filtrent à travers la voûte de ces ruelles, est le plus chatoyant plaisir que puisse rencontrer l'œil embrumé de grisaille des Européens. C'est une fascination ; on y revient, et le psychologue qui sommeille en tout aliéniste y détaille par le menu tout cet attrait sensoriel, toute cette curiosité de vie collective nouvelle, tout le charme de cette âme

à la fois puérile et rusée de l'Oriental. Délicieuse flânerie, si reposante pour tous, si salutaire et si recommandable aux agités et aux anxieux !

Réception à la Maison de France. — A midi, le Ministre Résident général de France et Mme Alapetite offraient, en l'honneur du Congrès, un déjeuner officiel auquel étaient conviés les membres du Bureau, les délégués, les membres du Comité permanent et les anciens présidents.

Mme Alapetite avait à sa droite : M. le docteur Mabille, président du Congrès ; M. le docteur Bagenoff, de Moscou ; M. le docteur Arnaud, vice-président du Congrès ; M. le docteur Vallon ; M. le docteur Chavigny, du Val-de-Grâce ; M. Ph. Bériel, chef du secrétariat particulier, et Mlle Marguerite Alapetite ; et à sa gauche : M. le professeur G. Ballet ; M. le docteur G. de Couvalette, délégué du ministre de la Marine ; M. le docteur Lacronique, directeur du Service de santé de la Tunisie ; M. le docteur Semelaigne ; M. le docteur Bériel, médecin des hôpitaux de Lyon.

A la droite du Résident général avaient pris place : M. Granier, inspecteur général, représentant le ministre de l'Intérieur ; M. Blanc, secrétaire général du gouvernement tunisien ; M. le docteur Jones, représentant des médecins anglais ; M. le docteur Régis, professeur à la Faculté de Bordeaux ; M. le docteur Antheaume ; M. Puaux, chef de cabinet ; et à sa gauche : M. le professeur Simonin, délégué par le ministre de la Guerre ; M. le docteur Grall, délégué du ministre des Colonies ; M. le docteur Maëre, délégué du gouvernement belge ; M. le docteur Dupré ; M. le docteur Porot, secrétaire général du Congrès.

Au dessert, M. le professeur Gilbert-Ballet remercie, dans une spirituelle improvisation, le Résident général de son aimable invitation et se fait l'interprète de la reconnaissance due par tous à Mme Alapetite qui s'est consacrée aux œuvres de bienfaisance, notamment à la création de l'œuvre du « Dispensaire Alapetite » et qui a donné tant de preuves de bonté et de générosité.

Le Résident général lui répond qu'il est ravi de faire à des Français les honneurs de la Tunisie, de leur montrer les efforts tentés pour organiser dans la Régence les œuvres d'assistance et de leur faire admirer le ciel et le soleil tunisiens.

Ce déjeuner a été suivi d'une réception de tous les membres du Congrès auxquels le Résident général et Mme Alapetite ont fait, avec le plus aimable empressement, les honneurs des salons et du beau jardin de la Maison de France.

M. Mabille, président du Congrès, traduit les sentiments de gratitude des Congressistes pour le charmant accueil qui leur est fait à la Résidence et s'exprime ainsi :

Monsieur le Ministre,

Vous avez tenu hier à présider notre séance d'inauguration et à marquer ainsi par votre présence tout l'intérêt que vous portez à nos travaux ; et aujourd'hui, Mme Alapetite et vous, vous avez voulu recevoir dans votre maison les membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des

pays de langue française et indiquer que dans ce pays de protectorat les membres du Congrès, qu'ils appartiennent à une nation étrangère ou qu'ils se réclament de leur qualité de Français, sont toujours sûrs de trouver près de vous un accueil aimable et bienveillant.

Nous ne saurions trop vous remercier de cette aménité.

Dans un discours qu'on ne saurait trop relire, car il fait preuve des services éminents que vous avez su rendre à la Tunisie, vous avez indiqué avec une modestie à laquelle tous ont rendu hommage, tout ce que les représentants de la France ont contribué à accomplir pour rendre plus grande et plus prospère la belle contrée que vous administrez.

Et si l'agriculture a prospéré, si les échanges commerciaux se sont développés dans des proportions inespérées, si les voies ferrées, par leur multiplication, ont pu, ainsi que la création des ports de Tunis et de Bizerte, assurer la vitalité de notre commerce et assurer la protection des mers, ne convient-il pas de rappeler aussi que le gouvernement du protectorat a contribué à fonder des écoles multiples fréquentées de plus en plus par la population indigène, et des écoles d'apprentis ; qu'il a pu, avec l'appui des médecins civils et militaires établis en Tunisie, disséminer en quelque sorte les soins médicaux sur tous les points de la Régence, créer les œuvres des enfants assistés, lutter contre des épidémies redoutables, si bien que vous avez pu indiquer vous-même qu'en outre des secours apportés à la population dans ces beaux hôpitaux que nous avons visités et que bien des villes de France pourraient vous envier, soixante mille consultations gratuites ont été données en 1910 dans les dispensaires que vous avez su créer.

De cela, Monsieur le Ministre, nous vous sommes profondément reconnaissants, nous, médecins de France, qui avons répondu à votre appel lorsque, à la Chambre des députés, vous disiez avec éloquence, en parlant de ces visiteurs nombreux qui parcourent la Tunisie dans ses extrémités les plus lointaines : « Ils rentrent en France un peu plus instruits, un peu plus fiers aussi de ce qui est fait au nom de leur pays sur la terre africaine et ils disent à ceux qu'ils rencontrent : « Faites comme nous, allez voir là-bas, cela en vaut la « peine ! »

Et nous sommes venus et nous saurons redire à notre retour dans la mère patrie tout ce que nous avons vu, tout ce que nous avons admiré.

Dans quelques heures, Monsieur le Ministre, nous inaugurerons avec vous ce beau pavillon consacré à une catégorie spéciale si digne d'intérêt, aux malades aliénés.

Cela nous touche profondément, Monsieur le Ministre, car vous avez prouvé qu'en Tunisie, tout au moins, votre gouvernement allant en quelque sorte au-devant des désirs des membres du Congrès, voulut manifester d'une façon durable tout l'intérêt qu'il porte à l'assistance des aliénés dans les pays de protectorat et dans nos colonies.

Permettez-moi, Monsieur le Ministre, d'élever mon verre en votre honneur et d'associer dans un même toast le nom de Mme Alapetite et le vôtre.

Aucun de nous n'ignore l'intérêt porté par Mme Alapetite aux œuvres d'assistance, et c'est avec une grande satisfaction que nous visiterons le dispensaire créé par elle à Tunis même, et qui, à juste titre, porte le nom de « dispensaire Alapetite ».

Nous savons aussi la part que Mme Alapetite a su prendre dans la création des œuvres de secours aux blessés militaires, auxquelles je m'honore de participer depuis bien longtemps.

Au surplus, l'œuvre réalisée par Mme Alapetite n'a rien qui doive nous surprendre.

N'est-elle pas la digne fille de l'homme estimé qui, à une époque troublée, sut administrer le département de la Charente-Inférieure, — son département, — avec une habileté et une aménité dont aucun de nous n'a perdu le souvenir !

De telles traditions ne sauraient s'oublier. Je lève donc mon verre, Monsieur le Ministre, en votre honneur ; et je lève mon verre aussi en l'honneur de Mme Alapetite qui vous aide si vaillamment et avec tant de grâce à faire aimer et respecter dans la Tunisie tout entière le nom de la France !

Le Résident général répond à M. le docteur Mabille, qu'il vient de rappeler des souvenirs déjà anciens, montrant ainsi qu'il avait la mémoire du cœur.

M. Alapetite est toujours heureux de voir venir en Tunisie des Français et de les recevoir dans ce jardin de la Maison de France, qui évoque les ombrages du pays natal. Il s'adresse particulièrement aux dames, compagnes fidèles des médecins, qu'il voit avec plaisir nombreuses parmi les Congressistes, et qui ont bien gagné, après un hiver laborieux, le droit de venir, elles aussi, admirer le pays du soleil. Il boit à la santé de tous ses hôtes.

La réception prend fin vers trois heures, car les Congressistes doivent aller au Palais des Sociétés françaises entendre le fort intéressant rapport du professeur Régis (de Bordeaux) sur l' « Assistance des aliénés aux colonies ».

Inauguration du nouveau pavillon des maladies nerveuses et mentales à l'Hôpital Français. — A cinq heures et demie, l'assemblée se rendait, qui en tramway, qui en voitures de place, à l'Hôpital civil Français pour l'inauguration du nouveau pavillon d'observation et de traitement psychiatrique, inauguration à laquelle devait présider le Résident général.

M. le docteur Porot, qui fait les honneurs de ce pavillon à ses confrères du Congrès, reçoit à son arrivée le Résident général et indique les conditions dans lesquelles il a pu, avec le concours du Gouvernement et l'appui du Secrétariat général, réaliser l'œuvre qu'il présente en ce jour. Ce pavillon n'est pas, à proprement parler, un asile d'aliénés. Ce n'est qu'un relais d'observation pour les malades incurables qui ensuite sont, en l'état actuel des choses, envoyés dans un asile de la métropole, et un service de traitement pour ceux que l'on peut espérer guérir dans un temps relativement court.

Il est heureux, à ce propos, de montrer par des chiffres les services que peut rendre un tel pavillon à la population française de Tunisie. Depuis son ouverture, ce service marche sur un roulement de quatre-vingts entrées par an, et c'est dans la proportion de 35 à 40 pour 100 qu'on a pu rendre à leur famille des malades auxquels on a épargné la tare toujours fâcheuse, en l'état actuel des esprits, d'un internement et qui étaient suffisamment guéris ou améliorés pour reprendre leur place dans les rangs de la société.

Il se félicite d'avoir pu, en créant ce service, réaliser deux des *desiderata* les plus chers aux aliénistes : le traitement dans l'esprit *hôpital* des maladies mentales, et l'assistance donnée aux aliénés dans les colonies françaises.

M. Alapetite croit devoir remercier, au nom des congressistes, le docteur Porot pour l'exposé si clair et si méthodique dont il a voulu faire précéder la visite du nouveau pavillon. Le Résident général a eu souvent l'occasion, au cours de sa carrière préfectorale, de visiter en France des asiles d'aliénés. Il en a vu beaucoup qui réalisaient tous les perfectionnements désirables, mais, quelquefois aussi, il a eu à enregistrer les doléances du corps médical à propos de l'insuffisance des quartiers d'observation dans les hôpitaux pour maladies aiguës. A Tunis, on a cherché à résoudre économiquement le problème de l'assistance aux aliénés dans un hôpital général. Le bâtiment qu'on a construit évitera au gouvernement tunisien l'envoi de certains malades dans les asiles de France, l'administration y gagnera, et, d'autre part, il y aura là une clinique pour ceux des praticiens de Tunis qui veulent se consacrer à l'étude des maladies mentales. Tout le monde y trouvera son compte. Le Résident général est très heureux des statistiques satisfaisantes que le docteur Porot vient de citer. Il lui est reconnaissant de ce qu'il a dit de l'administration tunisienne, et le remercie à son tour de l'aide compétente et éclairée qu'il a apportée à l'édification du pavillon qu'on inaugure.

Une visite détaillée du nouveau pavillon a lieu ensuite et bon nombre de Congressistes la font suivre d'une visite générale de l'hôpital civil français, établissement qui date d'une quinzaine d'années seulement et réalise par ses dispositions en pavillons isolés dans un vaste jardin de treize hectares une installation des plus modernes et des plus hygiéniques.

Réception du corps médical tunisien. — Au sortir de cette visite hospitalière, le corps médical tunisien avait tenu à recevoir ses confrères de France et des pays de langue française. Cette réception eut lieu à l'Hôtel des Sociétés françaises. Elle réunit plus de cent vingt confrères. Le docteur Lévi, président annuel de la Société des sciences médicales, a, en termes très heureux, souhaité la bienvenue aux confrères d'Europe, qui ont pris à charge la noble tâche d'étudier, soigner et développer le cerveau humain pendant que d'autres s'appliquent à la culture physique. *Mens sana, in corpore sano.*

Le président du Congrès a répondu par l'allocution suivante :

Monsieur le Président et cher Confrère,

La manifestation dont les médecins aliénistes et neurologistes sont ici l'objet nous est particulièrement agréable, parce qu'elle réunit dans un même sentiment de confraternité les médecins de France, de Tunis et d'Italie, qui ont su si bien s'unir sur le terrain scientifique en fondant à Tunis une Société des sciences médicales dont la présidence est exercée alternativement par des médecins français et par des médecins italiens.

Je vous remercie, Monsieur le président, ainsi que nos confrères de Tunis et nos confrères d'Italie, d'avoir tenu à vous joindre aux médecins français de Tunis et d'avoir contribué ainsi à resserrer les liens qui doivent unir tous les membres de la grande famille médicale.

Je suis sûr d'être l'interprète de mes collègues du Congrès en levant mon verre en l'honneur de tous mes confrères de Tunis, en portant la santé de M. le président Lévi et en buvant à la prospérité de la Société des sciences médicales de Tunis.



Mardi 2 avril.

Visite des Dispensaires Alapetite, de la Croix-Rouge et de l'asile la Tekia. — Une longue théorie de voitures emmène à onze heures du matin les Congressistes au dispensaire Alapetite, boulevard Bab-Menara. La Résidente générale, fondatrice du dispensaire, et le docteur Braquehaye, son directeur, les reçoivent.

Mme Alapetite, revêtue du costume des Femmes de France, fait successivement parcourir aux nombreux visiteurs les salles de son Dispensaire dont on admire la méticuleuse propreté et les excellentes dispositions.

Après avoir parcouru également les salles de la crèche annexée au Dispensaire, les Congressistes félicitent Mme Alapetite de son œuvre ; plus particulièrement M. le docteur Jones, délégué de la Grande-Bretagne, lui exprime son étonnement de voir qu'on tire un si excellent parti avec les faibles ressources dont on pouvait disposer.

M. le docteur Mabille, président du Congrès, remercie, au nom de tous ses collègues, Mme Alapetite de leur avoir fait connaître cette charmante œuvre d'assistance et l'en félicite à nouveau.

On remonte en voiture ; on en redescend rue Sidi-Ibrahim, pour visiter le Dispensaire fondé par la Société de secours aux blessés militaires. Réception par la comtesse de Grailly, déléguée de Paris, par Mlle Rochelle, directrice, et par le docteur Porot qui assure la direction médicale de ce Dispensaire.

Celui-ci fait l'historique de cette création qui ne date que de deux ans et distribue déjà plus de trente mille consultations par an, presque toutes aux indigènes. Puissant instrument de pénétration et d'influence françaises !

Le Dispensaire est installé dans un ancien palais arabe dont on a scrupuleusement respecté les décorations de plâtre ajourées et les anciennes faïences. Un patio de marbre avec son élégante fontaine, auquel conduit une succession de couloirs discrets, ont familiarisé bien vite, par un cadre coutumier, les indigènes qui s'y pressent en foule ; les installations médico-chirurgicales les plus modernes y ont trouvé une place très facile.

Sur la route, entre les deux dispensaires, bon nombre de Congressistes ont pu visiter la Tekia, œuvre d'assistance pour les vieillards et incurables indigènes, avec section pour les maladies mentales des deux sexes.

Visite du Musée du Bardo. — Après la discussion du rapport du docteur Chavigny, on se rendit en voiture au Bardo pour visiter le musée Alaoui qui a centralisé à côté de quelques curiosités arabes (costumes, meubles, tapis) de nombreuses antiquités : statues, médailles puniques et romaines, mosaïques. C'est le Musée officiel de la direction des antiquités de Tunisie.

Sous la direction compétente de l'aimable directeur des Antiquités, M. A. Merlin, les Congressistes parcourent les vastes salles du palais où sont accumulés d'inestimables trésors, mosaïques, lampes, stèles, chapiteaux, faïences.

Ils s'arrêtent longuement dans les salles nouvelles où sont rassemblées les récentes découvertes faites au cours des fouilles sous-marines de Mahdia. M. Merlin, qui a dirigé ces travaux, expose comment furent ramenées, au prix de difficultés inouïes, les pièces de cette remarquable collection de bronzes et de statues de l'art grec. Un navire grec, venant d'Athènes, fit naufrage avec tout son chargement en vue de la côte tunisienne ; c'est là que des scaphandriers le découvrirent il y a quelques années et purent, après avoir écarté les colonnes qui recouvraient le pont du bateau, ramener à la surface quelques-uns des trésors recélés dans ses flancs. Quelques-unes de ces pièces ont pu être identifiées et rapportées aux maîtres les plus en renom de l'art grec.

Soirée au Tunisia-Palace-Hôtel offerte par le Président et les membres du Congrès. — A neuf heures et demie avait lieu, dans les salons du Tunisia Palace-Hôtel, la

réception offerte par le Président et les membres du Congrès.

Le docteur Mabille, président du Congrès, et le docteur Porot, secrétaire général, faisaient les honneurs de cette soirée qui fut particulièrement brillante.

Le Résident général et Mme Alapetite honoraient cette charmante fête de leur présence.

Parmi les invités : M. Blanc, Secrétaire général du Gouvernement tunisien, M. le Président Dumas, Si Sadok Ghileb, président de la municipalité, et les vice-présidents, le représentant du général commandant la division d'occupation, le médecin principal Lacronique, directeur du Service de santé militaire, de nombreuses notabilités tunisiennes, un grand nombre des médecins de la ville, les représentants de la presse.

Un excellent orchestre dirigé par M. Laffage s'est fait entendre pendant toute la réception.

Le buffet avait été particulièrement soigné par M. Tuor.



Mercredi 3 avril.

Excursion à Dougga. — Un mauvais souvenir? Non, une simple expérience qui rappela aux Congressistes que la civilisation et la vie moderne apportées par la France en ce pays ne datent que de trente ans.

Dougga est une ancienne et importante cité romaine dont il reste de magnifiques ruines, mais qu'aucune voie ferrée ne dessert et qui se trouve à 110 kilomètres de Tunis.

Pour transporter les cent Congressistes qui s'étaient inscrits pour cette excursion, il fallut réquisitionner des automobiles : chose malaisée pour un aussi grand nombre de places ; il y en avait de toutes les forces et aussi de toutes les faiblesses, de toutes les formes et de toutes les capacités, comme aussi de tous les âges ; jamais encore en Tunisie, d'aussi importantes caravanes ne furent transportées par ce mode de locomotion. Et comme la modeste auberge de Teboursouk ne pouvait « traiter » cent couverts, on dut emporter les vivres.

L'inévitable panne se produisit, frappant plusieurs groupes et non des moindres ; le malheur voulut qu'une des voitures portant

les provisions s'arrêtât peu avant midi à 30 kilomètres du terme du voyage ! Le froid, la pluie se mirent de la partie ; quelques estomacs furent réduits à la demi-ration ; mais, en gens avertis du danger des interprétations cénesthésiques, les Congressistes gardèrent assez d'enthousiasme et de bonne sérénité psychique pour admirer les merveilles de ces ruines.

Il faudrait citer le chapitre que Gaston Boissier, dans son *Afrique romaine*, a consacré à cette cité évocatrice de la vie romaine. Des monuments nombreux subsistent, un théâtre antique d'une vaste et imposante scène, la basilique, le temple de Saturne, le temple de Junon Célestis, une villa romaine et surtout ce merveilleux Capitole dont Gaston Boissier a dit qu'il était peut-être l'édifice le plus élégant de l'Afrique. « On pourrait presque soutenir qu'il ne lui messied pas d'être en ruines et il produisait peut-être moins d'effet quand il était complet qu'aujourd'hui que les murailles en sont renversées et que les quatre colonnes corinthiennes qui portent le fronton se détachent librement dans le ciel. Quand on les aperçoit de loin, baignées de lumière de tous les côtés et couronnant la colline comme un diadème, on est saisi de la beauté du spectacle. Mais l'admiration augmente quand on approche. Ce n'est pas un de ces monuments comme il y en a tant en Afrique dont les détails sont grossièrement traités et qui ne doivent être vus qu'à distance. Celui-ci, au contraire, est remarquable par l'élégance des proportions et la délicatesse du travail. L'inscription nous apprend que ce beau temple a été bâti sous Marc-Aurèle et consacré à Jupiter, à Junon et à Minerve. »

Excursion à Korbous. — Un certain nombre de Congressistes se sont rendus à la gracieuse invitation de l'établissement thermal de Korbous, la première station thermale et climatique du nord de l'Afrique, située à 40 kilomètres de Tunis dans un site ravissant et auquel on accède par une route en corniche magnifique au bord de la mer, après la traversée du pittoresque village arabe de Soliman.

C'est une station thermale à eaux chaudes (50 degrés) de date très ancienne, connue déjà des Romains et des Carthaginois. On peut y observer les vieilles coutumes indigènes, les macérations aromatiques dont se servent les Arabes, leurs bains primitifs en même temps que les plus récentes et les plus parfaites installations balnéothérapiques.

Après avoir visité toutes les installations de cette station tunisienne sous la conduite de M. le docteur Gobert, directeur du service

médical de Korbous, les Congressistes ont été reçus au Grand Hôtel des Thermes par le président du conseil d'administration de la société qui, au nom du conseil, les a invités à vider une coupe de champagne ; M. Lecore-Carpentier a souhaité la bienvenue à nos collègues et les a remerciés d'avoir accepté son invitation.

M. le professeur Régis a pris la parole et, au nom de tous, a témoigné de leur admiration pour l'aménagement si bien compris dans tous ses détails de la station de Korbous appelée à un grand avenir.



Jeudi 4 avril et jours suivants.

La grande excursion dans le Sud-Tunisien (Sousse, Kairouan, El-Djem, Sfax, Gabès et son oasis). — Elle réunissait plus de cent dix partants. L'exiguïté des hôtels obligea à scinder en deux groupes ce nombre élevé de touristes. La première caravane, partie le jeudi 4 avril, à deux heures de l'après-midi, fila directement sur Sousse, El-Djem, Sfax et Gabès pour visiter Kairouan au retour. La seconde caravane partit le lendemain matin visiter d'abord Kairouan, puis repartit sur le Sud. Une rencontre des deux groupes eut lieu à Sfax.

Tout se passa dans l'ordre le plus parfait et la rude épreuve imposée pendant cinq jours aux Congressistes n'atténua pas trop leur admiration. Ils connurent pourtant la lenteur des trains tunisiens, l'inconfortable des rares hôtels du Sud, les randonnées de sept heures en auto-cars dans le désert et dans la nuit.

L'agence Lubin qui avait accepté cette organisation ingrate s'en tira tout à son honneur ; la bonne humeur fit accepter joyeusement la modestie de certains logements « chez l'habitant » ou dans des hôtels qui n'avaient de « splendid » que le nom.

Ironie des choses ! Une vingtaine d'aliénistes de chaque groupe dut même accepter l'hospitalité des « joyeux » ! Pour loger tout le monde, il avait fallu, à Gabès, demander à l'autorité militaire un dortoir de l'hôpital, sis au milieu du camp des « joyeux ».

Ne déflorons pas, par quelques descriptions ou quelques admirations conventionnelles, les impressions que chaque Congressiste emporta de cette excursion dans le Centre et le Sud-Tunisien qui

leur permit de saisir la vie indigène au cœur même du désert et de connaître la séduction des horizons larges et infinis.

— A Kairouan, la ville sainte, eut lieu la visite des mosquées, la flânerie sur le marché arabe, le spectacle des Aïssaouas « hystérie de sauvages ».

— A Sousse, « la perle du Sahel », visite des catacombes d'Hadrumète.

Le soir, charmante réception improvisée à la municipalité par son vice-président M. Gallini, homme aimable et plein de cœur.

— Sur le trajet de Sousse à Sfax, arrêt à El-Djem, pour visiter les ruines imposantes d'un immense Colisée qui pouvait contenir soixante mille personnes. Gigantesques ruines se profilant sur un horizon sans bornes !

— A Sfax, capitale du Sud, ville de cinquante mille habitants, visite des dépôts de la Compagnie des Phosphates de Gafsa ; aperçu sur l'immense forêt d'oliviers de plantation récente qui fait la fortune de ce pays.

Le clou de l'excursion était l'oasis de Gabès où les Congressistes arrivèrent en d'immenses cars-automobiles après une randonnée de 140 kilomètres dans le désert. Visite de l'oasis immense avec ses deux cent mille palmiers, ses cultures étagées, en une végétation luxuriante sillonnée d'oueds où l'eau coule abondante et rapide ; couscous et lazzis de Marius, le célèbre hôtelier chevelu, ancien chansonnier du Chat-Noir, échoué aux avant-postes de la civilisation ; visite aux « joyeux » sous la conduite empressée des confrères militaires, bref l'ensemble le plus disparate et le plus extravagant de surprises et de sensations.

Le retour par l'Algérie. — A peine rentrés à Tunis, quarante congressistes repartirent pour l'Algérie où, conduits par l'agence Lubin, ils visitèrent Constantine et les gorges du Rummel, Biskra, El Kantara, Timgad et ses ruines immenses, Batna, Sétif et Alger.

Ils reçurent en cette ville l'accueil le plus cordial de leurs confrères de l'hôpital de Mustapha.

Ils visitèrent la capitale de cette seconde France qu'est l'Afrique du Nord où ils étaient venus apporter leur petite pierre à l'édifice encore inachevé de notre civilisation.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

PREMIÈRE PARTIE

Discussion des rapports.

Discussion.

Communications relatives aux perversions instinctives.

Discussion.

Communications relatives à l'assistance des aliénés aux colonies.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET SÉANCE DE CLOTURE



RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS



PARIS. — TYPOGRAPHIE PLON-NOURRIT ET Cie, 8, RUE GARANCIÈRE. — 18370.